

ALOCAȚII ACORDATE PERSOANELOR HANDICAPATE ÎN BELGIA

Una din perspectivele atenției acordate persoanelor handicapate vizează căutarea unei mai mari justiții în realizarea transferurilor sociale considerate ca determinante esențiale ale integrării. În acest mod se fixează ca prim obiectiv elaborarea de tehnici, tinzând către o rigoare perfectă a procedurilor prin care se stabilește eligibilitatea, determinându-se cine sînt cei care ar avea dreptul la prestații și care ar fi compensația pertinentă. Rolul puterii publice este de a contribui la elaborarea și la realizarea unei politici. În toate țările, cererea care i se adresează și răspunsul sînt polarizate de gestiunea transferurilor sociale. Cererea vizează în același timp creșterea acestor transferuri și raționalizarea lor¹.

O astfel de preocupare de a crea o cit mai perfectă adecvare între ajutoarele acordate și nevoile persoanelor handicapate este ilustrată de noua lege privind alocațiile acordate în Belgia².

În această țară, între 1928—1969 a fost în vigoare „Legea privind estropiații și mutilații” care prevedea acordarea unei alocații celor atinși de un handicap fizic sau senzorial. Evaluarea handicapului se realiza după un Ghid — barem medical conținînd un sistem de punctaj care stabilea dreptul la alocație numai celor situați peste procentajul de 30% incapacitate. Persoanele handicapate mental nu beneficiau de alocație, ci doar de creșteri minime ale alocațiilor familiale acordate pe un termen prelungit.

În anul 1969 s-a introdus o delimitare între alocația obișnuită (pentru cei cu handicap fizic și/sau senzorial) și alocația specială (pentru cei cu un alt tip de handicap, care le determină o incapacitate de 65%). Evaluarea depindea direct de aprecierea personală a medicului — inspector, puțin fi contestată la un for specializat, Tribunalul invalidităților.

Ulterior, discuțiile legate de această alocație au adus în atenție numeroase aspecte cum ar fi: ce trebuie să se compenseze, incapacitatea de muncă, de cîștig, lipsa integrității organice sau psihice, ori efortul de readaptare? Mai este necesară alocația în cazul persoanelor ale căror venituri sînt suficiente? Dacă s-ar suprima sistemul procentajelor, cum ar putea fi estimat gradul handicapului? Cîte grade ar trebui să se stabilească? În esență, diferitele puncte de vedere ale specialiștilor referitoare la rațiunea acordării alocației s-au îndreptat spre ideea aprecierii consecințelor handicapului, noțiunii de incapacitate de muncă (deci de cîștig) fiindu-i ratată cea de pierdere a autonomiei, ilustrată de dificultățile întîmpinate în viața cotidiană de persoanele handicapate. În acest mod, alocația vizează pe de o parte, compensarea insuficienței venitului datorită incapacității de muncă, iar pe de altă parte, compensarea eforturilor rezultînd din handicapul însuși. În acest din urmă caz se ajunge la *evaluarea gradului de autonomie*, care vizează nu măsurarea unor leziuni, a unor deficiențe, ci a repercusiunilor pe care acestea le au asupra unor funcții, activități (deplasare, hrană, igienă, comunicare etc.). Legea privind alocațiile acordate

¹ A. Labregère, *L'Insertion des personnes handicapées*, în *La Documentation française*, nr. 4897/1989, 1990, p. 161.

² *Revue belge de sécurité sociale*, nr. 3—4, 1990.

persoanelor handicapate, intrată în vigoare în 1987, introduce o distincție între *alocația de substituire a venitului* și *alocația de integrare*, care pot fi atribuite împreună sau separat, după caz. Baza atribuirii lor este natura prejudiciului: reducerea venitului obținut din muncă și/sau reducerea bunăstării.

Alocațiile acordate persoanelor handicapate nu fac parte din securitatea socială în sens strict, ci țin de asistența socială, adică de ansamblul regimurilor al căror drept la prestații nu este legat de plata unei cotizații. Ele sînt finanțate prin mijloacele generale ale puterilor publice.

În anul 1988 a fost creată o a treia categorie de alocație pentru vîrstnici — indemnizînd pierderea de bunăstare care se poate produce după împlinirea vîrstei de 65 ani.

Pentru a beneficia de aceste alocații, persoanele handicapate trebuie să îndeplinească o serie de condiții. În primul rînd să aibă vîrsta între 20 — 65 ani, să fie de naționalitate belgian, ori apatrid, refugiat cu rezidența de cel puțin cinci ani în țară înainte de cerere. În plus, trebuie să existe un prejudiciu: astfel, în cazul alocației de substituire a venitului, se impune condiția existenței unei reduceri de cel puțin o treime a capacității de cîștig din muncă, în comparație cu ceea ce o persoană validă este în măsură să obțină exercitînd o profesie pe piața generală a muncii. Raportare, a persoanei handicapate se face la grupuri de profesii, la condițiile generale ale pieței muncii și nu se cere ca ea să fi întrerupt orice activitate. Criteriile de incapacității de muncă corespund celor ale asigurării de boală și invaliditate.

De asemenea, pentru acordarea alocației sînt stabilite plafoane ale venitului impozabil pe o durată de doi ani anteriori cererii, al persoanei handicapate și al soției (soțului), ori al persoanei cu care face parte din același menaj.

Acordarea alocației de integrare este condiționată de existența prejudiciului de reducere a autonomiei, care se stabilește prin utilizarea unei scale medico-sociale. Prin intermediul acesteia se evaluează capacitatea persoanei de a realiza o serie de funcții, de activități, avîndu-se în vedere posibilitățile:

- de deplasare;
- de absorbție și de preparare a hranei;
- de asigurare a igienei personale și de îmbrăcare;
- de asigurare a igienei habitatului, de îndeplinire a sarcinilor menajere;
- de a trăi fără supraveghere, de a fi conștient de pericole și de a fi în măsură să le evite;
- de comunicare și de a avea contacte sociale.

La fiecare din aceste funcții există patru răspunsuri posibile, notate astfel:

- 0 — fără dificultăți;
- 1 — dificultăți minore;
- 2 — dificultăți importante;
- 3 — imposibil fără ajutor foarte important.

Evaluarea gradului de autonomie se realizează de către un medic-inspector pe baza documentelor, a rezultatelor examenelor și testelor însoțite de un raport social, toate aduse de către solicitant. Se urmărește

evaluarea situației „medii” nu doar a celei din momentul examinării făcându-se referire la o persoană medie din aceeași categorie de vîrstă.

Punctajul acordat fiecărei activități prin utilizarea scalei medico-sociale este totalizat rezultînd rangul gradului de autonomie, ierarhizat în următoarele categorii: I — pierdere de autonomie de 7—8 puncte; II — pierdere de 9—11 puncte; III — reducere de 12—14 puncte; IV — reducere de cel puțin 15 puncte. Acest grad de autonomie determină cuantumul alocației.

Crearea unui asemenea instrument de evaluare, deși operațional, ridică o serie de probleme practice, legate de aprecierile variabile funcție de medici, de teritoriu și de cunoașterea mai mult sau mai puțin bună a tipului de handicap. Deja în practică a rezultat că subiectivismul evaluatorului influențează distincția între „dificultăți minore” și „dificultăți importante”.

Se pare că este imposibil a crea instrumente perfecte, care să asigure obiectivitatea în mod absolut, rezolvînd extensia deosebit de largă a gamei handicapurilor, a situațiilor concrete; însă, caracterul operațional al scalei utilizate, reducerea pe cît posibil a aspectelor birocratice în accesul celor îndreptățiți la prestațiile respective constituie avantaje de necontestat.

LIVIU MANEA