



ACADEMIA ROMÂNĂ  
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE  
„COSTIN C. KIRIȚESCU”

Vol. 101/2004

Colectia  
BIBLIOTECA ECONOMICĂ

Seria  
*Probleme  
economice*

**DIRECȚII DE ACȚIUNE,  
MĂSURI ȘI INSTRUMENTE  
DE ÎMBUNĂTĂȚIRE  
A FUNCȚIONALITĂȚII  
ȘI EFICIENȚEI  
SISTEMELOR  
DE PROTECȚIE SOCIALĂ  
ÎN ROMÂNIA**

Maria POENARU - coordonator  
Constantin GRIGORESCU, Constanța PETCU

ISBN 973-7940-46-6



Centrul de Informare și Documentare Economică



ACADEMIA ROMÂNĂ  
INSTITUTUL NAȚIONAL DE CERCETĂRI ECONOMICE  
INSTITUTUL DE ECONOMIE NAȚIONALĂ

DIRECȚII DE ACȚIUNE,  
MĂSURI ȘI INSTRUMENTE  
DE ÎMBUNĂTĂȚIRE  
A FUNCȚIONALITĂȚII ȘI EFICIENȚEI  
SISTEMELOR DE PROTECȚIE SOCIALĂ  
ÎN ROMÂNIA



Centrul de Informare și Documentare Economică  
București, 2004

Volumul de față prezintă tema  
“DIRECȚII DE ACȚIUNE, MĂSURI ȘI INSTRUMENTE  
DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A FUNCȚIONALITĂȚII ȘI EFICIENȚEI SISTEMELOR  
DE PROTECȚIE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA”,  
realizată de Institutul de Economie Națională  
în cadrul  
**Programului național de cercetare CERES.**

Proiectul Institutului Național de Cercetări Economice al Academiei Române  
“**Modelarea politicilor economice în perspectiva integrării în Uniunea  
Europeană și fundamentarea restructurării economiei României  
în contextul tranziției spre o nouă Europă**”.

Contract 155/2001

**Autori:**

dr. Maria POENARU - coordonator  
dr. Constantin GRIGORESCU  
drd. Constanța PETCU

---

---

Editat de CENTRUL DE INFORMARE ȘI DOCUMENTARE ECONOMICĂ  
REDACTOR-ȘEF - VALERIU IOAN FRANCI  
SECRETAR GENERAL DE REDACȚIE - AIDA SARCHIZIAN

---

Redactor: PAULA NEACȘU  
Concepție grafică, machetare și tehnoredactare: VICTOR PREDAI  
CIDE/STUDII/PROBLEME: Pro101\_04.doc

---

Redacția și administrația: București, Calea 13 Septembrie nr. 13, sectorul 5,  
cod poștal 76 117, telefon: 0040-1-411 60 75, telefax: 0040-1-411 54 86  
Adresa poștală: București 5, căsuța poștală 5 - 72

---

Materialele cuprinse în acest buletin pot fi reproduse numai cu aprobarea  
conducerii Institutului Național de Cercetări Economice.

---

Volumele seriei pot fi identificate și comandate fie în colecție anuală, respectiv ISSN 1222 - 5401,  
fie pe fiecare titlu în parte, respectiv pe ISBN alocat fiecărui volum.

---

Pentru volumul de față: ISBN - 973 - 7940 - 46 - 6

# CUPRINS

<b>Cuvânt înainte</b> .....	5
<b>1. SCOPUL ȘI PRINCIPALELE OBIECTIVE ALE REFORMELOR</b> .....	7
1.1. În țări europene dezvoltate .....	7
1.2. În România .....	8
<b>2. REFORMA SISTEMULUI DE PENSII</b> .....	10
2.1. Progrese și limite în reformarea sistemului de pensii .....	10
2.2. Probleme și direcții de acțiune .....	12
<b>Referințe bibliografice</b> .....	15
<b>3. REFORMA SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA</b> .....	16
3.1. Elemente care particularizează obiectivele reformei .....	16
3.2. Direcții de acțiune și rezultate .....	17
3.2.1. <i>Transformări instituționale</i> .....	17
3.2.2. <i>Organizare și funcționare</i> .....	18
3.2.3. <i>Sursele și mecanismele de finanțare</i> .....	19
3.3. Probleme și soluții posibile .....	20
<b>Referințe bibliografice</b> .....	25
<b>4. REFORMA SISTEMULUI DE PROTECȚIE SOCIALĂ A ȘOMERILOR</b> .....	26
4.1. Experiența țărilor membre ale UE .....	26
4.1.1. <i>Tendențe generale</i> .....	26
4.1.2. <i>Către convergența sistemelor?</i> .....	28
4.1.3. <i>Asigurările de șomaj - între obligativitate și universalitate</i> .....	31
4.2. Efecte ale reformei sistemului asigurărilor de șomaj în România .....	32
4.3. Orientări și direcții de acțiune în perspectiva integrării europene .....	35
<b>Referințe bibliografice</b> .....	39



## Cuvânt înainte

Volumul de față cuprinde studiile elaborate pentru faza finală a proiectului P 2/6 “Fundamente economice ale protecției sociale în România în contextul integrării europene”, parte componentă a programului de cercetare CERES – 1.

Studiile sunt grupate sub titlul “Direcții de acțiune, măsuri și instrumente de îmbunătățire a funcționalității și eficienței sistemelor de protecție socială în România”. Ele vin în completarea celor efectuate în cele trei faze anterioare ale proiectului, care au vizat următoarele subteme:

Faza I: Dimensiunea socială a Uniunii Europene;

Faza a II-a: Evoluții recente și preocupări de modernizare a sistemelor de protecție socială în țările UE și în România;

Faza a III-a: Finanțarea protecției sociale în țările UE și în România;

Faza a IV-a: Prestațiile sociale în țările membre ale Uniunii Europene și în România.

Studiile elaborate în această fază sunt axate pe analiza principalelor transformări înregistrate până în prezent în trei segmente majore ale protecției sociale din România: sistemul de pensii, sistemul de sănătate și sistemul de protecție a șomerilor. Obiectivele urmărite au fost să fie puse în evidență: principale direcții de acțiune și măsuri întreprinse în procesul reformei; punctele tari și cele slabe ale sistemelor de protecție socială; posibile soluții pentru rezolvarea, în următoarea perioadă, a problemelor majore cu care se confruntă fiecare sistem.

Octombrie 2003

Maria Poenaru



# 1. SCOPUL ȘI PRINCIPALELE OBIECTIVE ALE REFORMELOR

## 1.1. În țări europene dezvoltate

Începând cu cea de a doua parte a anilor '70, sistemele de protecție socială din țările europene dezvoltate au fost confruntate cu o criză economică. Aceasta a avut ca primă consecință creșterea cheltuielilor sociale (respectiv a cheltuielilor pentru indemnizații de șomaj, pentru plata pensiilor, pentru sănătate etc.) și scăderea resurselor pentru finanțare datorită încetinirii creșterii salariilor, încasărilor fiscale și diminuării numărului celor care cotizează. Pe scurt, aceasta a însemnat mai multe cheltuieli și mai puține resurse. Menționăm că ponderea cheltuielilor de protecție socială în PIB, pe ansamblul Uniunii Europene, a fost în 1999 de 27,7%. În România, această pondere reprezintă, conform calculelor noastre, aproximativ 15%, aplicată, evident, la un PIB substanțial mai mic.

Primele dificultăți au fost de natură financiară, deficitele conturilor (fondurilor) sociale crescând o dată cu adâncirea crizei economice. Ele au persistat și s-au accentuat în timp, astfel încât problema finanțării cheltuielilor de protecție socială a devenit cauza principală a declanșării reformelor, obiectivul fiind ameliorarea crizei financiare din sistemul protecției sociale.

Pentru a face față acestor dificultăți, erau previzibile două soluții: reducerea cheltuielilor sociale sau creșterea substanțială a resurselor destinate finanțării cheltuielilor<sup>1</sup>.

Literatura de specialitate arată că, în majoritatea cazurilor, în ultimele două decenii (anii '80 și '90), măsurile adoptate pentru rezolvarea sau ameliorarea crizei financiare a sistemelor de protecție socială au gravitat în jurul primei soluții<sup>2</sup>. Totuși, cu toate eforturile făcute, intervenția și jocul diferitelor forțe sociale și economice au avut ca efect creșterea în continuare a cheltuielilor de protecție

---

<sup>1</sup> Bruno Palier, *De la crise aux réformes*, "Problèmes économiques" nr. 2801-2802/2003.

<sup>2</sup> Amintim faptul că primele trei decenii postbelice au reprezentat o perioadă glorioasă a dezvoltării protecției sociale, când obiectivele politicilor în domeniu erau legate de acoperirea întregii populații și de generalizarea protecției sociale. În această perioadă, sistemele de protecție socială din aceste țări au ajuns la maturitate.

Contextul social economic schimbat din ultimele două decenii și jumătate și problemele ridicate de nivelul înalt al cheltuielilor sociale au adus modificări în politicile publice. Schimbările s-au produs, în principal, ca urmare a influenței unor factori care țin esențial de modificări ale climatului socio-economic. Pe de o parte, este vorba despre apariția unor forțe sociale (sindicate, patronate) purtătoare ale unor conflicte de interese legate de mobilizarea și utilizarea unor resurse publice importante care reprezentau în jur de o pătrime sau chiar o treime din PIB. Pe de altă parte, guvernele s-au confruntat cu problemele deficitelor bugetare care trebuiau ținute sub control, precum și cu cele care pot fi declanșate de reducerea severă a nivelului protecției sociale.



socială până în jurul anului 1993. Pentru acoperirea acestor cheltuieli s-a făcut apel la măsuri care vizau preponderent sporirea resurselor (în special mărirea cotizațiilor sociale plătite de salariați și/sau angajatori).

Reformele întreprinse în domeniul protecției sociale din țările vest-europene au continuat în ultimul deceniu cu obiectivul de reducere a cheltuielilor de protecție socială.

Politicile de control al creșterii cheltuielilor de protecție socială au fost promovate în noul context în care țările europene s-au angajat, prin semnarea tratatului de la Maastricht în 1992, să adopte moneda unică euro a cărei introducere a fost condiționată și de reducerea deficitelor bugetare și a datoriei publice, la care un „aport” semnificativ au și conturile de securitate socială<sup>1</sup>.

Concret, măsurile de reformă au vizat, cu deosebire, scăderea nivelului unor prestații sau încetinirea creșterii lor, care constituie, așa cum se știe, partea covârșitoare a cheltuielilor de protecție socială. S-a pus, de asemenea, problema unor restructurări instituționale interne proprii fiecărui segment al sistemului de protecție socială, astfel încât acestea să funcționeze mai eficient și să conducă la realizarea obiectivului de reducere sau frânare a creșterii costurilor. Modalitățile concrete de acțiune în procesul de reformă a fiecărui tip de schemă de protecție socială (pensii, îngrijirea sănătății, protecția șomerilor etc.) au fost și sunt foarte diferite de la o țară la alta<sup>2</sup>.

## 1.2. În România

Țările care se află în procesul de tranziție la economia de piață, inclusiv România, și-au propus încă de la începutul anilor '90 transformarea sistemelor lor de protecție socială, astfel încât acestea să fie ancorate în sistemul relațiilor de piață specifice economiilor capitaliste și să îndeplinească, în noile condiții, funcția de protecție – principala rațiune de a fi a acestora.

---

<sup>1</sup> În jurul anului 1993 și în special după acest an, în numeroase țări europene s-a declanșat un val de reforme în domeniul social, vizând cu deosebire sistemele de pensii și sistemele de sănătate, care împreună absorb cea mai mare pondere, în jur de 80%, din totalul cheltuielilor de protecție socială. Între acestea menționăm: reforma Seehofer (a sistemului de sănătate) în Germania (1992), reforma pensiilor în Germania din 1997, reforma pensiilor (Amato – 1992 și Dini – 1995) în Italia, reforma Balladur a pensiilor din cadrul regimului general de securitate socială din 1993 și planul Juppé din 1995 în Franța.

Cu același scop al menținerii sub control a cheltuielilor de protecție socială, unele țări europene (Olanda, Irlanda, Danemarca, Spania, Italia) au procedat la încheierea unui pact între partenerii sociali la nivel național referitor la garantarea moderării creșterilor salariilor și acceptarea de reforme în sistemul protecției sociale cu scopul respectării criteriilor de la Maastricht.

<sup>2</sup> Mai multe elemente despre principalele orientări privind reformele în domeniul social sunt cuprinse într-un studiu elaborat de: C. Grigorescu (coordonator), M. Poenaru, M. Molnar, C. Petcu, L. Chisăgiu, *Orientări actuale privind reformele în domeniul social în vederea compatibilizării cu UE*, Grupul ESEN – 2, INCE, CIDE, București.

Trebuie menționat că întregul sistem de protecție socială din România era fondat pe un model specific fostelor țări socialiste, a cărui trăsătură dominantă era dată de faptul că bugetul de stat era sursa de susținere financiară, fără a exista legături directe și, respectiv, responsabilități ale părților implicate (beneficiari, furnizori de prestații, finanțatori) în funcționarea diferitelor scheme. Existau, în cazul anumitor segmente ale sistemului de protecție socială, și elemente de construcție similare cu cele din țările occidentale. Este cazul, de exemplu, al sistemului de pensii (pentru salariați) care avea la bază principiul asigurărilor sociale (de tip bismarckian) sau al sistemului de sănătate, care era un sistem cu acces universal, similar, în linii mari, cu Sistemul național de sănătate din Marea Britanie.

Începutul reformei în domeniul social a fost marcat de adoptarea încă din 1991 a unei legi care consfințea protecția socială a șomerilor, acesta fiind semnalul recunoașterii șomajului ca fenomen firesc în economia de piață.

Reforma sistemului public de pensii a avut ca motivație și, totodată, ca obiectiv principal, realizarea unei mai bune corelații între contribuțiile de asigurare socială plătite (în întreaga viață activă, și nu salariul din ultima perioadă) și nivelul pensiei. De la vechiul sistem a fost păstrat principiul asigurărilor sociale și finanțarea după metoda repartiției. Acesta constituie primul pilon al noului sistem de pensii. Un alt obiectiv al reformei a fost acela de a se crea un al doilea pilon de pensii publice obligatorii prin care să se furnizeze, în viitor, persoanelor asigurate o pensie individualizată a cărei finanțare să se bazeze pe metoda acumulării de capital, precum și un al treilea pilon de pensii private. Reforma sistemului public de pensii a început în 2001, o dată cu intrarea în vigoare a legii pensiilor, prin punerea în aplicare a prevederilor legate de primul pilon.

Ideea necesității unei reforme a sistemului sanitar a fost lansată încă de la începutul anilor '90. S-a propus transformarea sistemului sanitar dintr-unul cu acces universal și bazat pe finanțare de la buget într-un sistem (public) fondat pe principiul asigurărilor sociale. Reforma sistemului sanitar a început, după o lungă perioadă de pregătire, o dată cu adoptarea în 1998 a legii privind asigurările sociale de sănătate.

În ceea ce privește sistemul de asistență socială, aproape inexistent înainte de 1989, trebuie menționat faptul că, în acest segment al protecției sociale, s-a pus mai degrabă problema creării și dezvoltării unor scheme de asistență în contextul amplificării problemelor legate de creșterea sărăciei și al necesității protecției unor categorii de persoane defavorizate (cum sunt, de exemplu, persoanele cu deficiențe). În prezent operează un sistem de asistență socială care cuprinde mai multe scheme, între care: ajutoare bănești care se acordă persoanelor sărace (cu venituri sub un anumit plafon) în baza legii venitului minim garantat, ajutoare/subvenții pentru compensarea unei părți a cheltuielilor efectuate pentru plata energiei termice furnizate prin centrale termice, alocații pentru persoanele cu handicap etc.

## 2. REFORMA SISTEMULUI DE PENSII

### 2.1. Progrese și limite în reformarea sistemului de pensii

În contextul tranziției la economia de piață și al aderării României la UE, s-au făcut pași însemnați în reformarea sistemului de pensii, menit să contribuie la îmbunătățirea condițiilor de viață ale persoanelor vârstnice. S-a adoptat o nouă lege a pensiilor publice și, potrivit tendințelor din țările comunitare, se are în vedere dezvoltarea unui parteneriat public-privat în asigurarea veniturilor de înlocuire, respectiv a prestațiilor privind pensiile de bătrânețe, de invaliditate și de urmaș. Ne referim la obiectivul guvernului de a completa pensia publică de bază cu pensii suplimentare, prin legiferarea unor scheme ocupaționale de pensii, cu administrare privată, precum și a unui fond de pensii finanțat din sumele provenite din privatizarea întreprinderilor de stat.

Prin conținutul său, noua lege a pensiilor publice (Legea nr. 19/2000) corespunde condițiilor actuale și de perspectivă ale dezvoltării societății românești: ea funcționează potrivit principiului solidarității sociale dintre generațiile de persoane active și pensionari și vizează cvasitotalitatea forței de muncă; determină prelungirea vârstei legale de pensionare și a stagiului complet de cotizare atât pentru bărbați, cât și pentru femei; asigură o strânsă legătură între veniturile și contribuțiile plătite și mărimea pensiei, respectiv înlătură posibilitatea apariției unor inechități și inegalități nejustificate între pensii, fapt ce contribuie la stimularea activității fiecărui lucrător. Dintre elementele forte ale legii, menționăm:

- Extinderea obligativității participării la regimul public de pensii, practic, a tuturor persoanelor active: persoane care lucrează cu contract individual de muncă, respectiv marea categorie socială a salariaților; persoanele aflate în funcții electivă sau numite în cadrul autorității executive, legislative și judecătorești; funcționarii publici; membrii cooperativelor meșteșugărești; șomerii, precum și lucrătorii care nu au statut de salariați. Această categorie este foarte eterogenă și participarea persoanelor respective presupune realizarea unui venit brut anual echivalent cu cel puțin trei salarii medii brute pe economie, ca și o declarație de asigurare. Din categoria respectivă menționăm: persoanele autorizate să desfășoare activități independente, meșteșugarii individuali, membrii asociației familiale, țărani cu gospodărie individuală și membrii societăților agricole, arendașii etc. Prin contract de asigurare, în sistemul public de pensii se pot înscrie și alte persoane care nu se regăsesc într-una din situațiile menționate mai sus.

Obligativitatea participării la regimul public de pensii, practic, a tuturor persoanelor active (salariați, funcționari publici, persoane aflate în funcții electivă sau numite în organele de stat etc.) este de natură să contribuie la creșterea numărului persoanelor asigurate și la tratarea unitară a acestora, respectiv la eliminarea unor discriminări sau deosebiri substanțiale privind cerințele și condițiile de pensionare și quantumul pensiilor, stabilite pe criterii profesionale sau de altă natură. Deși legea proclamă "principiul unicității,

potrivit căruia statul organizează și garantează sistemul public bazat pe aceleași norme de drept" (art. 1, alin. a), în afara regimului public de pensii sunt militarii, magistrații și avocații, care au regimuri proprii de pensii. Recent, printr-o ordonanță de urgență a guvernului, s-au stabilit reguli speciale pentru determinarea mărimii pensiei, mult mai avantajoase, și pentru personalul diplomatic și consular.

- Stabilirea unei legături directe între mărimea pensiei, pe de o parte, și veniturile, respectiv contribuțiile sociale plătite în întreaga carieră profesională, pe de altă parte. În acest cadru, calcularea pensiei se face printr-un sistem de puncte, determinat prin raportarea câștigului salarial din fiecare lună pentru care s-au plătit contribuții sociale la câștigul salarial mediu pe economie, mărimea pensiei fiind egală cu punctajul mediu anual din întreaga viață activă înmulțit cu valoarea unui punct de pensie (stabilit anual prin Legea bugetului asigurărilor sociale de stat). În legislația anterioară, baza de calcul a pensiei era de numai cinci ani consecutivi, din ultimii zece ani anteriori deschiderii pensiei; de aici și posibilitatea apariției unor "aranjamente" în vederea obținerii de pensii mai mari, în dezacord cu veniturile și contribuțiile sociale plătite în întreaga viață activă.
- Prolungirea treptată a vârstei standard de pensionare și a stagiului complet de cotizare: pentru bărbați la 65 și, respectiv, 35 de ani și pentru femei la 62 și, respectiv, 30 de ani.
- Stimularea prelungirii vieții active peste vârsta standard de pensionare, prin majorarea punctajului aferent fiecărei luni suplimentare de muncă cu un coeficient de 0,3% și descurajarea pensionării înainte de împlinirea vârstei standard. Pensionarea anticipată cu maximum cinci ani este posibilă numai pentru persoanele care au depășit stagiul complet de cotizare cu cel puțin zece ani. Există, totodată, posibilitatea pensionării anticipate cu cinci ani și pentru persoanele care au depășit stagiul complet de cotizare cu până la zece ani, dar cu diminuarea pensiei cu procente care variază între 0,05 și 0,50% pentru fiecare lună de anticipare (pensia anticipată parțială).

Un sistem modern de pensii presupune mai multe regimuri de pensii, dezvoltarea, așa cum s-a arătat, a unui parteneriat public-privat. Sub acest aspect, sistemul public de pensii din România este deficitar, situația fiind chiar mai rea decât în trecut, când, pe lângă regimul pensiei de asigurări sociale de stat, exista și regimul pensiei suplimentare. Aceeași situație există și în cazul asigurărilor sociale pentru agricultori. La adoptarea actualului regim public de pensii, s-a desființat pensia suplimentară, fără să se pună ceva în locul acesteia.

Strategia de dezvoltare a României pe termen mediu și planurile de acțiune ale guvernului au preconizat un sistem de pensii cu trei piloni: pensia publică și, respectiv, fonduri private de pensii obligatorii și facultative. Realizarea acestui obiectiv este mult rămasă în urmă. Date fiind fraudele și falimentele care s-au înregistrat în domeniul fondurilor mutuale din țara noastră, precum și a unor fonduri private de pensii din țările dezvoltate, prudența guvernului în introducerea unor astfel de fonduri este de înțeles. Reglementarea riguroasă și dimensionarea corectă a fondurilor private de pensii sunt însă de natură să diminueze mult riscuri

de genul celor menționate, fondurile respective putând să devină o sursă suplimentară de venituri la bătrânețe. Proiectul de lege privind schemele ocupaționale de pensii și, respectiv, proiectul de lege privind fondul de pensii finanțat din veniturile provenite din privatizare, anunțate de organele de stat, se înscriu în procesul de modernizare în continuare a sistemului românesc de pensii.

O dată cu relevarea acestor aspecte esențiale, menționăm și faptul, nu mai puțin însemnat, că însăși actuala lege a pensiilor publice necesită unele îmbunătățiri. Ne referim în primul rând la recalcularea pensiilor existente în plată la data intrării în vigoare a legii. În acest sens, este necesar ca și pensiile stabilite potrivit legislației anterioare să fie calculate prin luarea în considerare a veniturilor și contribuțiilor plătite în întreaga activitate profesională, așa cum se procedează pentru deschiderea de noi pensii. Inițial, această cerință a fost cuprinsă în lege; însă prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 49/2001 s-a renunțat la principiul tratării unitare a tuturor pensionarilor, pensiile anterioare datei de 1 aprilie 2001 rămânând neschimbate. Pensiile respective conțin însă inegalități și inechități nejustificate acumulate în timp, dar și în raport cu cele care se stabilesc pe baza veniturilor din întreaga carieră profesională. Sub acest ultim aspect este afectată mărimea pensiei multor pensionari, îndeosebi a acelor care au o mare vechime în muncă și care de regulă provin din învățământ, cercetare științifică și sectorul sanitar.

## **2.2. Probleme și direcții de acțiune**

Așa cum s-a arătat, actuala lege a pensiilor cuprinde reglementări care stimulează munca și elimină posibilitatea apariției de inegalități și inechități nejustificate între pensii. Cu toate acestea, în prezent, sistemul public de pensii din România se confruntă cu numeroase și serioase probleme: există un mare dezechilibru între numărul de pensionari și numărul de salariați; contribuțiile sociale sunt foarte mari și depășesc cu mult cotele existente în țările UE; din 1995, cheltuielile bugetelor asigurărilor sociale de stat depășesc cu mult veniturile și mărimea pensiei este nesatisfăcătoare pentru majoritatea pensionarilor. În plus, există inegalități și inechități între pensii generate de perioada de pensionare. Astfel:

- Raportul dintre numărul de pensionari și numărul de salariați este nesustenabil: în iunie 2003, existau 4420,5 mii de salariați plătitori de contribuții de asigurări sociale și 4563,9 mii de pensionari proveniți din sistemul asigurărilor sociale de stat, raportul dintre cei doi indicatori fiind aproximativ de 1:1. În realitate, dacă se iau în considerare și pensionarii proveniți din regimul asigurărilor pentru agricultori (în număr de 1572,9 mii), raportul amintit este cu totul nefavorabil. Menționăm că în 1989 raportul dintre numărul de salariați și numărul de pensionari de asigurări sociale de stat a fost de 3,5:1.
- Cota contribuțiilor de asigurări sociale în primii doi ani de funcționare a legii (2001 și 2002) pe grupe de muncă a fost de 35% pentru condiții normale de muncă, de 40% pentru condiții deosebite și de 45% pentru condiții speciale

de muncă. Asemenea cote de contribuții măresc sensibil costul muncii și influențează negativ ocuparea forței de muncă și competitivitatea produselor. În 1989, cota de contribuții pentru pensia de asigurări sociale de stat a fost de 14%, la care se mai adăuga o cotă de 2% pentru pensia suplimentară.

- Deficitul bugetelor asigurărilor sociale de stat s-a cronicizat: în 2002, el a fost de 9960 mld. lei, reprezentând 0,7% din PIB, iar în semestrul I 2003 deficitul a înregistrat 2611,7 mld. lei, respectiv 0,2% din PIB-ul prognozat, față de 0,3% în perioada corespunzătoare anului trecut.
- Rata de înlocuire a salariului prin pensia de asigurări sociale de stat a cunoscut o tendință generală de scădere: în iunie 2003, pensia pentru limită de vârstă și vechime completă a fost de 52,8% din salariul mediu net pe economie față de 65,8% în 1989 (fără pensia suplimentară). Pensia pentru agricultori este foarte mică și, în medie, ea reprezintă numai 20,7% din pensia pentru salariați.
- Majoritatea pensiilor au un nivel scăzut și nu asigură condiții de trai decente: în iunie 2003, spre exemplu, 60% din pensionarii de asigurări sociale de stat pentru limită de vârstă și cu vechime completă aveau o pensie lunară mai mică decât salariul minim pe economie (2,5 mil. lei), iar pentru toți pensionarii de asigurări sociale de stat, proporția este de 80%. Situația este cu totul necorespunzătoare în cazul pensiilor pentru agricultori.
- Inechitățile și inegalitățile dintre pensiile în plată determinate de formula de calcul și de perioada de înscriere la pensie sunt foarte mari, în unele cazuri, pentru condiții asemănătoare de venituri și stagii de muncă și de cotizare, diferența este de ordinul 2:1.

Actuala situație privind sistemul public de pensii reflectă în primul rând starea economiei, procesele economice și sociale apărute în anii tranziției. Ne referim cu prioritate la prăbușirea producției și la reducerea la aproape jumătate a numărului de salariați plătitori de asigurări sociale, precum și la procesul inflaționist. Totodată, în contextul desființării cooperativelor agricole de producție, s-a desființat și sistemul de pensii pentru agricultori, respectiv au dispărut sursele proprii de plată a pensiilor agricultorilor. Într-o bună măsură însă, problemele și dificultățile menționate își au izvorul și în modul în care s-a conceput și aplicat de către stat politica privind pensiile. Cu deosebire în primii ani ai tranziției, s-au promovat măsuri populiste care au condus la creșterea exagerată a numărului de pensionari și la nivelarea pensiilor. Segmente însemnate de salariați au fost încadrate în grupele I și II de muncă cu condiții avantajoase de pensionare, au crescut mult pensiile anticipate, înaintea vârstei legale, ca și pensiile de invaliditate (în iunie 2003, numărul pensionarilor de invaliditate a fost de 743,7 mii și reprezenta aproape 25% din numărul pensionarilor pentru limită de vârstă). Încălându-se principiile asigurărilor sociale, pensiile au fost și mai sunt încă utilizate ca instrument de asistență socială. Noua lege a pensiilor publice s-a adoptat cu multă întârziere, după 11 ani de la revoluția din decembrie 1989, perioadă în care s-au acumulat însemnate nereguli, iar ulterior ea a fost modificată în mod nejustificat, rupându-se legătura dintre pensie și veniturile din muncă.

Prioritar, redresarea sistemului de pensii este legată de dezvoltarea durabilă a economiei, de creșterea economică, de ocuparea cât mai deplină a forței de muncă și de sporirea eficienței. În acest cadru, accelerarea măsurilor de reformă, continuarea actualelor tendințe pozitive din economie și afirmarea economiei de piață funcțională au un rol hotărâtor.

Se impun totodată măsuri specifice politicii de pensii, din care menționăm:

- Atragerea în sistemul public de pensii a unui număr mai mare din persoanele care nu au statut de salariat. În prezent, numărul persoanelor asigurate prin declarații de asigurare este destul de mic (71,2 mii de persoane în februarie 2003), potențialul fiind însă mult mai mare. Pe lângă creșterea veniturilor, se impune și o mai bună difuzare a conținutului legii în rândurile populației. În context, subliniem că o mare rezervă pentru creșterea numărului persoanelor asigurate plătitoare de contribuții sociale o reprezintă populația care lucrează în economia subterană, după unele aprecieri dimensiunea acesteia fiind de 2,3 milioane.
- Menținerea caracterului unitar al regimului public de pensii și evitarea desprinderii din regimul respectiv a altor categorii sociale și profesii care să beneficieze de avantaje nejustificate în raport cu marea masă a pensionarilor. Tentații în această privință au existat și vor mai fi și în viitor; de regulă, ele provin din partea acelorora care au o mare influență politică și pot induce decizii în această privință.
- Reducerea treptată a cotelor de contribuții sociale: în 2003, cotele s-au redus cu un punct procentual, iar pentru anul 2004 se are în vedere o reducere cu încă 2-3 puncte procentuale. Deși scăderea este modestă, ea are o semnificație aparte. În acest cadru, pentru viitor, se cere să se îmbunătățească gradul de colectare a contribuțiilor, să se renunțe la înlesnirile acordate de către stat agenților economici la plata contribuțiilor de asigurări sociale și să se combată cu mai multă fermitate evaziunile din domeniu.
- Recalcularea pensiilor în plată deschise înainte de 1 aprilie 2002, respectiv tratarea unitară a tuturor pensionarilor prin luarea în considerare a veniturilor și contribuțiilor din întreaga carieră profesională. Aceasta este o problemă de principiu, morală, și presupune în primul rând voință politică. Dificultățile invocate de factorii de decizie, ca, de exemplu, lipsa evidențelor necesare și a fondurilor, pot fi depășite printr-o mai bună colectare și administrare a veniturilor și completarea acestora cu subvenții de stat; în plus, majorările de pensii rezultate din recorelare pot fi eșalonate în timp. Frecvent, factori politici de răspundere susțin că prin încheierea măsurilor de recorelare a pensiilor sunt înlăturate și inechitățile dintre pensii, inclusiv în raport cu cele stabilite potrivit actualei legislații. Afirmările sunt netemeinice, ele neputând fi argumentate prin calcule concrete. Recorelarea a asigurat într-adevăr o creștere a pensiilor, dar ea nu a condus la înlăturarea inechităților și inegalităților dintre pensii, sumele plătite suplimentar având în bună măsură un nivel relativ uniform.

---

## Referințe bibliografice

- Banca Națională a României, *Raport anual*, edițiile 1995-2002; *Buletin lunar* nr. 1-6/2003.
- Casa Națională de Pensii, *Date statistice*.
- Grigorescu, Constantin, *Conținutul și dinamica reformei sistemului public de pensii*, "Revista română de economie" nr. 1/2002.
- Guvernul României, *Ordonanța de urgență nr. 49/2001 pentru modificarea și completarea Legii nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale*, "Monitorul oficial" nr. 161/30 martie 2001.
- Guvernul României, *Hotărârea nr. 1315/2001 privind măsuri suplimentare de recorelare a pensiilor*, "Monitorul oficial" nr. 11, 10 ianuarie 2002; *Hotărârea nr. 1474/2002 privind aplicarea în luna ianuarie 2003 a celei de-a treia etape de recorelare a pensiilor din sistemul public*, "Monitorul oficial" nr. 943, 23 decembrie 2002; *hotărâre privind aplicarea în luna iulie 2003 a celei de-a patra etape de recorelare a pensiilor din sistemul public*, "Monitorul oficial" nr. 479, 4 iulie 2003.
- Institutul Național de Statistică, *Anuarul statistic al României*, edițiile 1995-2002; *Buletin statistic lunar* nr. 1-6/2003.
- OCDE, *Labour Market and Social Policies in Romania*, 2000.
- OCDE, *Analize economice, România. Evaluări economice*, iulie 2002.
- Parlamentul României, *Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale*, Regia Autonomă Monitorul Oficial, București, 2000.
- Popescu, Nicolae N., *Modificările aduse Legii pensiilor respectă Constituția?*, "Raporturi de muncă" nr. 6/2003.



## **3. REFORMA SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA**

### **3.1. Elemente care particularizează obiectivele reformei**

România, ca și alte țări în tranziție, s-a confruntat în epoca socialistă cu grave probleme de sănătate. Deteriorarea condițiilor de viață în anii '80 și deficiențele sistemului medical au accentuat problemele de sănătate ale populației și au afectat eficiența sistemului de îngrijire a sănătății.

La începutul anilor '90, s-a pus în discuție necesitatea unei reforme a sistemului sanitar prin care să se rezolve două categorii mari de probleme. Pe de o parte, cele care derivă din starea precară a sănătății populației, moștenite de la vechiul regim sau apărute în perioada tranziției. Pe de altă parte, problemele legate de sistemul instituțional, în sensul că, în noul context economic și în noua concepție, acesta trebuie reconstruit astfel încât modul de funcționare să conducă la ameliorarea stării de sănătate a populației și la creșterea eficienței întregii activități din domeniul sanitar, la o creștere și o mai bună alocare a resurselor, la o utilizare mai eficientă a acestora.

Există diferențe mari între România și marea majoritate a țărilor europene în ceea ce privește standardele atinse referitoare la starea sănătății populației, la volumul resurselor alocate și la eficiența utilizării acestora. Să amintim fie și numai faptul că indicatorii stării de sănătate (durata medie a vieții, indicatorii de mortalitate și de morbiditate) și cei care exprimă volumul resurselor publice alocate sectorului sanitar (ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB și mărimea acestora în medie pe un locuitor exprimate în euro sau la paritate de cumpărare standard) arată decalajele mari care separă România de statele membre ale UE și chiar de majoritatea țărilor în tranziție.

De aceea, modalitățile concrete de abordare și soluțiile adoptate în cadrul reformelor sistemelor sanitare au fost și sunt diferite, particularizându-se de la o țară la alta. Dacă în țările dezvoltate, prin reforme, se urmărește mai degrabă reducerea sau frânarea creșterii costurilor (apreciate ca deosebit de ridicate și cu o tendință de creștere în viitor) cu ajutorul unor corecții aduse mecanismelor de funcționare, în România reforma sistemului sanitar vizează modificări mai profunde, care să conducă atât la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, cât și la utilizarea mai eficientă a resurselor alocate în noile condiții ale economiei de piață.

Evaluarea pașilor făcuți până în acest moment (septembrie 2003) în cadrul procesului de reformă a sistemului sanitar oferă posibilitatea relevării progreselor obținute în atingerea obiectivelor fixate și permite semnalarea unor probleme apărute pe parcurs, precum și unele soluții posibile pentru remediarea acestora.

## 3.2. Direcții de acțiune și rezultate

Încă din prima parte a deceniului trecut (anii '90) au fost întreprinse unele inițiative care anunțau intenții de transformare a sistemului de sănătate vizând un nou tip de organizare și de funcționare a sistemului prin crearea unor instituții, modificarea mecanismului de finanțare, creșterea volumului resurselor și schimbarea modalităților de alocare a acestora, introducerea unor elemente de piață care să conducă la îmbunătățirea performanțelor sistemului sanitar.

### 3.2.1. Transformări instituționale

Cele mai importante inițiative și realizări în plan instituțional, care au avut un rol esențial și un impact semnificativ în procesul de transformare a sistemului sanitar până în prezent, pot fi grupate în trei etape principale.

Perioada 1991-1993 poate fi considerată o etapă cu un rol pregătitor pentru trasarea coordonatelor de bază ale reformei. Ea a fost declanșată la finele anului 1991, o dată cu încheierea Acordului de împrumut dintre România și Banca Mondială pentru Reconstrucție și Dezvoltare<sup>1</sup> pentru finanțarea Proiectului de reabilitare a sectorului sanitar. În cadrul acestui acord a fost elaborat un studiu care să fundamenteze Proiectul de strategie națională a României în domeniul sănătății „Un viitor sănătos”. Finalizat în 1993, studiul a propus o serie de recomandări referitoare la următoarele categorii problematice (Vlădescu, Rădulescu, Olsavszky, 2000): creșterea resurselor și îmbunătățirea mecanismelor de finanțare; descentralizarea administrării resurselor alocate; accent mai pronunțat pe îngrijirea primară; o mai mare autonomie a spitalelor în utilizarea resurselor și o mai mare motivație pentru profesioniști și pentru controlul calității actului medical; sporirea importanței acreditării specialiștilor și instituțiilor din sistemul sanitar.

În următoarea perioadă (1994-1998) s-a acționat pe două planuri. Pe de o parte, s-a procedat la testarea unora dintre propunerile de reformare a sistemului sanitar. Este cazul unui experiment în opt județe, prin care s-a încercat transformarea asistenței medicale primare și introducerea conceptului de medic de familie, precum și al unui nou mecanism de finanțare a serviciilor în acest segment.

Pe de altă parte, s-a acționat în direcția reconfigurării sistemului instituțional. S-a pus problema creării unor instituții noi, importante pentru modul de funcționare a sistemului de sănătate în ansamblul său, și a restructurării celor care au fost specifice vechiului sistem de sănătate, astfel încât funcțiile acestora să fie în concordanță cu cerințele trecerii la economia de piață.

---

<sup>1</sup> Acordul de împrumut nr. 3409 RO semnat la 7 octombrie 1991 și ratificat prin Legea nr. 79 din 23 decembrie 1991 (“Monitorul oficial” nr. 267 din 31 decembrie 1991). Proiectul a fost în valoare de 207,5 milioane dolari SUA, din care 150 milioane dolari împrumutați prin acest acord, diferența de 57,5 milioane dolari fiind acoperită din resurse publice.

Între cele mai importante instituții apărute în noua arhitectură a sistemului sanitar, menționăm pe cele necesare introducerii noțiunii de furnizori autonomi de servicii de sănătate și pe cele care reprezintă pe finanțatori.

Pentru reprezentarea furnizorilor de servicii medicale (medicii de medicină generală, medicii specialiști din ambulatoriu și din spitale, farmaciștii), au fost create următoarele instituții: Colegiul Medicilor din România – CM și Colegiul Farmaciștilor din România – CF.

Pentru reprezentarea principalului finanțator (ale cărui resurse se formează din contribuțiile de asigurări de sănătate) au fost create casele de asigurări de sănătate: Casa Națională de Asigurări de Sănătate – CNAS și, la nivel de județe, Casele de Asigurări de Sănătate Județene - CASJ, ca structuri teritoriale ale CNAS; Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești - CASAOPSNAJ și Casa Asigurărilor de Sănătate a Transporturilor – CAST.

Alte instituții existente și în vechiul sistem s-au restructurat, în noua formulă, acestea fiind responsabile, în principal, cu politica sanitară și cu sănătatea publică. Este vorba despre Ministerul Sănătății – MS, sprijinit în profil teritorial de Direcțiile de Sănătate Publică Județene – DSPJ, create prin transformarea fostelor direcții sanitare județene.

Existența acestor instituții a generat un nou tip de relații, definite de fluxurile financiare care au loc în mod necesar între instituțiile responsabile cu finanțarea și furnizorii de prestații, pe de o parte, și între furnizorii de servicii de sănătate și beneficiari, pe de altă parte. Trebuie menționat faptul că, în cadrul acestor relații, beneficiarii de prestații de sănătate ar trebui să fie reprezentați de către casele de asigurări de sănătate care își formează resursele din contribuțiile plătite de către persoanele asigurate și de către angajatori.

În anul 1997 a fost elaborată strategia de reformă a sistemului de ocrotire a sănătății, marcând o nouă etapă a procesului de reformă care începe cu adevărat o dată cu aplicarea, din 1998, a Legii asigurărilor sociale de sănătate<sup>1</sup>.

Elaborarea strategiei în domeniul sănătății a prilejuit evidențierea zonelor critice și evaluarea necesităților sistemului, identificarea principalelor probleme legate de organizare, de resursele financiare, materiale și umane și definirea principiilor de bază ale politicii în domeniul sanitar.

### *3.2.2. Organizare și funcționare*

Principiul de construcție a noului sistem de ocrotire a sănătății populației din România este cel al asigurărilor sociale<sup>2</sup>. Asigurarea socială de sănătate este

---

<sup>1</sup> Legea nr. 145 din 24 iulie 1997, publicată în "Monitorul oficial" nr. 178 din 31 iulie 1997.

<sup>2</sup> Înainte de 1990 și în primii ani ai tranziției din România, sistemul de îngrijire a sănătății a fost organizat pe principii similare cu cele din celelalte țări foste socialiste. Caracteristica fundamentală consta în aceea că statul finanța, din resursele sale bugetare, serviciile de îngrijire medicală acordate întregii populații. Serviciile medicale erau furnizate de instituții publice: dispensare, policlinici și spitale (din 1983 exista posibilitatea utilizării de către populație a unor servicii medicale plătite, acordate de către medici în cadrul unor

obligatorie și se constituie ca ramură distinctă de securitate socială (alături de asigurarea pentru pensie și pentru șomaj). Legea asigurărilor sociale de sănătate stipulează faptul că, pe lângă sistemul public al asigurărilor de sănătate, pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate (private) care acoperă riscuri individuale în situații speciale; acest tip de asigurare nu este obligatoriu.

Accesul la serviciile de sănătate este definit de Legea asigurărilor sociale de sănătate. Sunt îndreptățiți să beneficieze de servicii de sănătate: persoanele asigurate (cetățeni români cu domiciliul în țară și cetățeni străini cu rezidența în România), care plătesc o contribuție lunară pentru asigurările sociale de sănătate<sup>1</sup>, și persoane care beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuției<sup>2</sup>.

Din prevederile cuprinse de legislație rezultă că teoretic întreaga populație are acoperire cu servicii de sănătate, cu condiția să aibă calitatea de asigurat cu sau fără plata contribuției. Deși la acest moment nu putem evalua gradul de acoperire a populației cu servicii de sănătate în acest sistem, realitatea arată însă că există cetățeni care nu au acces la servicii de sănătate în sistemul public de asigurare de sănătate (de exemplu, cei care lucrează pe piața neagră a forței de muncă și nu plătesc contribuții de asigurări sociale).

### 3.2.3. Sursele și mecanismele de finanțare

Finanțarea a înregistrat cele mai substanțiale modificări, trecându-se de la finanțarea din resursele bugetului de stat (alimentat din taxe și impozite), exclusivă până în anul 1991, la o finanțare preponderentă<sup>3</sup> din contribuții de

---

policlinici speciale). Populația era arondată unor dispensare locale sau de întreprindere, policlinici și spitale. Cu excepția unor servicii furnizate de policlinicile cu plată sau de către medici particulari (sistem care era, de altfel, foarte slab dezvoltat) nu exista posibilitatea ca pacienții să-și aleagă medicul. Nici medicii nu aveau posibilitatea unor inițiative, din cauza totalei absențe a mediului concurențial necesar.

<sup>1</sup> Persoanele asigurate cu plata contribuției de asigurări de sănătate sunt în principal cele care au statut de salariat; de asemenea, pensionarii și șomerii.

<sup>2</sup> Din această categorie fac parte: copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă; persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei; soțul, soția, părinții și bunicii fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate; persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 (persecutate din motive politice, deportate în străinătate și constituite în prizonieri), prin Legea nr. 44/1994 (referitoare la veteranii de război, invalizii și văduvele de război) și prin Legea nr. 42/1990, art. 2 (referitoare la drepturile urmașilor eroilor martiri din decembrie 1989, ale celor care au dobândit calitatea de revoluționar).

<sup>3</sup> În prezent, o parte relativ mică a resurselor financiare utilizate în sistemul sanitar provin de la bugetul de stat, în special cele necesare programelor naționale de sănătate publică. Potrivit estimărilor noastre, în anul 1999, de exemplu, patru cincimi din totalul cheltuielilor de sănătate au provenit din Fondul asigurărilor de sănătate, iar o cincime de la bugetul de stat și bugetele locale.

asigurări sociale plătite de persoanele asigurate și de angajatori, colectate separat în Fondul asigurărilor sociale de sănătate.

Modificările efectuate în ceea ce privește sursele și mecanismul de finanțare au fost:

- Crearea în anul 1992 a Fondului special pentru sănătate (extrabugetar), alimentat din contribuția de 2% aplicată la salarii și din taxe pe vânzările de țigări, alcool și pe publicitate. Acest fond a fost destinat subvenționării parțiale a prețului medicamentelor prescrise în cazul îngrijirii ambulatorii;
- Descentralizarea parțială a finanțării unor cheltuieli prin transferarea în anul 1993 a finanțării unor cheltuieli materiale (altele decât cele pentru medicamente), a serviciilor de sănătate publică și a cheltuielilor de întreținere curentă de la bugetul de stat către bugetele locale;
- Introducerea, prin Legea asigurărilor sociale de sănătate din anul 1997, a noului sistem de finanțare, aplicat din 1998, când angajații și angajatorii plăteau, fiecare, contribuții de asigurări de sănătate reprezentând 5% din veniturile salariale; s-a fixat, de asemenea, o contribuție plătită de pensionari în valoare de 4% din drepturile individuale;
- Creșterea, în anul 1999, a mărimii ratelor de cotizare la 14% din salariu în cazul salariaților (7% angajați și 7% angajatori) și la 7% în cazul liber-profesioniștilor, agricultorilor, pensionarilor și șomerilor;
- Modificarea, la începutul anului 2003, în sensul scăderii contribuțiilor de asigurări de sănătate aferente salariaților cu 0,5 pp și exonerarea pensionarilor de la plata contribuției.

### **3.3. Probleme și soluții posibile**

Reforma sistemului sanitar este în plină desfășurare. Până în prezent s-au realizat pași importanți pe linia construcției instituționale, noul sistem fiind fondat pe principiul asigurărilor sociale.

Privit din perspectiva structurii sistemului sanitar pe niveluri de asistență (asistență medicală primară, de specialitate în ambulatoriu și în spitale), se poate considera că reforma în primele două niveluri de asistență este în linii mari încheiată, fiind încă în derulare reforma spitalelor. Acest segment al sistemului sanitar este și cel mai greu de reformat, având în vedere dimensiunile, profilul, distribuția teritorială, precum și complexitatea activităților desfășurate.

Sistemul sanitar se confruntă cu numeroase și grave probleme de funcționare, unele derivate din modul în care a fost concepută și realizată până în prezent reforma, iar altele din cauza unor soluții parțiale, secvențiale, necorelate între ele sau cu cerințele impuse de un cadru economic și social în schimbare. În cele ce urmează ne referim la cele mai importante dintre acestea, precum și la posibile soluții, unele derivate și din experiența altor țări.

1. Cea mai gravă problemă este criza financiară din sistemul sanitar. Aceasta s-a instalat datorită unor factori care țin de estimarea și posibilitățile de acoperire a cheltuielilor necesare, de încasările (veniturile) sistemului, de relațiile

care s-au stabilit între instituțiile finanțatoare, pe de o parte, și furnizorii de servicii de sănătate – medici de familie, medici specialiști și spitale, pe de altă parte.

a) Sistemul sanitar se confruntă cu insuficiența resurselor alocate sistemului sanitar.

În România, cheltuielile publice de sănătate reprezintă o pondere în PIB de sub 4%, comparativ cu peste 7% cât se înregistrează în prezent în majoritatea statelor membre ale UE. Dacă se au în vedere și diferențele în ceea ce privește mărimea produsului intern brut, problema insuficienței resurselor alocate sănătății poate fi mai bine percepută. În aceste condiții, volumul cheltuielilor de sănătate ce revin în medie pe un locuitor în 1999 a fost estimat<sup>1</sup> la 200 PPS, ceea ce înseamnă un nivel de aproape 4 ori mai mic decât cel înregistrat în țara cu volumul cel mai scăzut al serviciilor de sănătate din UE (Grecia cu 758 PPS/locuitor). Raportul între volumul cheltuielilor pentru servicii de sănătate ce revine în medie pe un locuitor din țările dezvoltate ale UE și România este substanțial mai mare. Astfel, mărimea acestui raport a fost estimată la 9,2 față de Luxemburg, 7,9 comparativ cu Franța, 7,5 cu Austria, 7,4 cu Germania etc.<sup>2</sup>.

O soluție ar fi alocarea unor resurse mai mari către sistemul sanitar, care să reprezinte un procent mai înalt din produsul intern brut comparativ cu nivelul actual. Este important ca o astfel de creștere a resurselor alocate sănătății să fie atent corelată cu ritmul creșterii economice. Sursele de acoperire sunt, după cum se știe, contribuțiile de asigurări de sănătate, reprezentând ponderea cea mai mare, și bugetul de stat (pentru cheltuielile aferente programelor de sănătate publică). Având în vedere că bugetul asigurărilor de sănătate a fost excedentar, nu se pune problema creșterii mărimii contribuțiilor, care sunt de altfel ridicate, ținând cont de mărimea salariilor și de puterea de cumpărare a acestora. O sursă suplimentară și semnificativă de resurse financiare ar putea fi, în următorii ani, creșterea gradului de ocupare pe piața formală a muncii, în general a numărului de asigurați, plătitori de contribuții, precum și creșterea mărimii salariilor.

b) O altă problemă derivă din modul de colectare și de utilizare a resurselor Fondului asigurărilor de sănătate.

Referitor la colectarea contribuțiilor de asigurări de sănătate, experiența de până acum arată că există o serie de dificultăți în ceea ce privește colectarea contribuțiilor de asigurări de sănătate în special din partea marilor întreprinderi. În anul 2002, datoriile agenților economici la CNSAS s-au ridicat la peste 27000 miliarde lei, de la aproximativ 240000 de debitori. Pe de altă parte, în ultimii ani, guvernul a procedat la scutirea unor societăți de plata unor datorii restante către buget, cu consecințe și asupra mărimii veniturilor fondului asigurărilor de sănătate.

Soluția din acest punct de vedere ar fi eliminarea unor asemenea practici în procesul guvernării și întărirea controlului financiar asupra agenților economici cu datorii, în scopul respectării disciplinei financiare.

<sup>1</sup> Estimarea a fost realizată aplicând ponderea de 3,9% a cheltuielilor de sănătate în PIB la valoarea PIB pe locuitor din anul 1999. Rezultatul obținut a fost transformat în PPS, utilizând rata de 4808 lei = 1 PPS.

<sup>2</sup> M. Poenaru, *Prestațiile în domeniul îngrijirii sănătății*, în "Probleme economice" nr. 81-82/2002, CIDE.

c) Din perspectiva utilizării resurselor, au fost semnalate două categorii de probleme.

Una se referă la faptul că, în timp ce se acuză, pe bună dreptate, subfinanțarea sectorului sanitar, Fondul asigurărilor de sănătate a înregistrat, în ultimii trei ani, excedente. În anul 2001, de exemplu, acesta s-a închis cu un excedent în sumă de 4311 miliarde lei, reprezentând 0,4% din PIB, utilizat în special pentru acoperirea parțială a deficitului bugetului de stat și a bugetului asigurărilor sociale de stat. În anul 2002, excedentul a fost de peste 12000 miliarde lei. Un cuvânt greu de spus în această privință l-a avut Ministerul Finanțelor Publice.

Această situație impune regândirea rolului Ministerului Finanțelor Publice, în sensul limitării implicării sale în utilizarea resurselor colectate de casele de asigurări de sănătate. El trebuie să aibă un rol activ privind stabilirea mărimii cotelor de asigurare și a repartizării plății acestora între asigurați și angajatori pentru asigurarea coerenței și eficienței politicii fiscale și bugetare. În consecință, independența caselor de asigurări de sănătate și asumarea responsabilității acestora în repartizarea fondurilor de care dispun apar ca o condiție necesară pentru îmbunătățirea finanțării sistemului sanitar.

Cealaltă categorie de probleme derivă din modul de utilizare a resurselor în interiorul sistemului sanitar.

- În primul rând, ne referim la mecanismele care definesc relațiile dintre organismul de finanțare (casele de asigurări de sănătate), pe de o parte, și prestatorii de servicii de sănătate, pe de altă parte<sup>1</sup>. Problemele cele mai mari le-a pus mecanismul de finanțare a spitalelor, apreciat ca fiind foarte complicat și nesigur, generând astfel mari dificultăți în îngrijirea bolnavilor. Cel mai frecvent este invocată subfinanțarea spitalelor. De altfel, multe spitale s-au confruntat în ultimii ani cu problema datoriilor. În 2002, spitalele au înregistrat datorii în sumă de 9195,7 miliarde lei. Creșterea datoriilor spitalelor s-a datorat fie alocării unor resurse insuficiente în raport cu nevoile, ceea ce a făcut ca, în timp, acestea să se multiplice din cauza penalităților, fie unui management defectuos, ambele categorii de cauze conducând la perturbări majore în buna funcționare a acestui segment de servicii, care absoarbe cea mai mare pondere a cheltuielilor de sănătate.

---

<sup>1</sup> Plata furnizorilor de servicii de sănătate se face pe baza prevederilor conținute în contractele-cadru negociate în fiecare an de CNAS și de CM și aprobate prin decizie guvernamentală.

*Plata serviciilor medicilor de familie și a medicilor specialiști* se face conform unui contract care se încheie între casa de asigurări de sănătate și furnizorul de servicii. În anul 2002, plata medicilor de familie s-a făcut după o formulă care combină plata „per capita” cu tariful pe serviciul medical acordat asiguraților, cuantificat în puncte. Plata medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin tarif pe serviciu medical.

*Plata serviciilor spitalicești* contractate cu casele de asigurări de sănătate poate fi efectuată, potrivit contractului-cadru din anul 2002, utilizând bugete globale conform unei metodologii care se fondează pe coordonate ca: tarif pe zi de spitalizare, tarif pe persoană internată tip „caz rezolvat” și tarif pe serviciu medical.

La începutul anului 2003 s-au luat unele măsuri ca din fondul de asigurări de sănătate să fie acoperită o parte din datoriile acumulate. Rezolvarea de fond a acestei probleme presupune mai întâi o mai corectă estimare a cheltuielilor, în special în spitale, utilizând o metodologie îmbunătățită care să ia în considerare în mai mare măsură costurile în raport cu profilul morbidității. Foarte importantă este, de asemenea, asigurarea fluidității fluxurilor financiare prin creșterea rolului și a responsabilității caselor de asigurări în respectarea termenilor contractuali cu furnizorii de servicii de sănătate.

- În al doilea rând, au apărut probleme derivate din mecanismele (tot de natură financiară) care definesc relațiile dintre prestatorii de servicii medicale și beneficiari (persoanele asigurate), probleme cantonate în special în zona accesului populației la medicamente compensate total sau parțial din fondul de asigurări de sănătate. Achiziționarea de către pacienți a medicamentelor pentru tratament ambulatoriu, modul de plată a acestora de către pacienți și/sau de către casa de asigurări constituie o problemă extrem de dificilă și controversată.

Persoanele asigurate aflate în tratament ambulatoriu au acces, conform Legii asigurărilor de sănătate, la medicamente compensate. CNAS și MS stabilesc o listă pozitivă de medicamente care, în timp, a suferit numeroase modificări, listă pe baza căreia pacienții îndreptățiți le pot procura de la farmacia în mod gratuit sau cu plată parțială. Experiența ultimilor ani a semnalat două categorii de probleme. O categorie se referă la mărimea listei cu medicamentele compensate, tipul și proveniența acestora, care, împreună, determină mărimea prețului. Cealaltă categorie este legată de suma insuficientă, în raport cu nevoile, a resurselor alocate de casele de asigurări pentru acest capitol de cheltuieli, ceea ce conduce inevitabil la epuizarea medicamentelor compensate în primele zile ale fiecărei luni, la nemulțumiri și la birocrație. Aceasta înseamnă că persoanele asigurate trebuie să plătească din buzunar medicamentele prescrise de medici, afectând substanțial bugetul familiilor, în special al celor cu venituri scăzute. În plus, din cauza întârzierilor mari în decontarea de către casele de asigurări a sumelor aferente medicamentelor compensate vândute către pacienți, numeroase farmacii au ezitat în ultima vreme să mai încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

Rezolvarea acestei probleme, care nu de puține ori a fost numită „criza medicamentelor”, depinde, în primul rând, de alocarea unor sume suficiente pentru acest capitol de cheltuieli, în concordanță cu tipurile de morbiditate și cu costul tratamentului bolnavilor în ambulatoriu și, în al doilea rând, de respectarea termenilor contractuali dintre casele de asigurări și farmaciile care eliberează medicamentele recomandate de medici și înscrise în lista medicamentelor compensate.

Toate aspectele menționate mai sus sunt puternic legate între ele. Creșterea volumului resurselor alocate sănătății și îmbunătățirea fluxurilor financiare între diferitele verigi ale sistemului pot fi considerate o prioritate a procesului de reformă a sistemului sanitar în următoarea perioadă. Având în vedere și faptul că starea sănătății populației României este precară, orizontul de decizie ar trebui să se întindă pe o perioadă de mai mulți ani, pornind de la un



cadru anual, trecând la o perioadă medie, într-o viziune pe termen mai lung. Aceasta înseamnă că se impune adaptarea instrumentelor de estimare a costurilor și a resurselor ce pot fi alocate într-o concepție axată prioritar pe programe. Trebuie subliniat, de asemenea, faptul că decalajul existent între modalitățile actuale de finanțare și situația epidemiologică actuală și previzibilă în bolile cronice deține un loc aparte, sugerează necesitatea adaptării metodelor și mecanismelor de finanțare pentru a face față noilor provocări.

2. O problemă majoră care a apărut o dată cu aplicarea prevederilor Legii asigurărilor de sănătate ca principal suport al reformei este legată de scăderea gradului de acoperire a populației cu servicii de sănătate. Realitatea arată că există numeroși cetățeni care nu au acces la servicii de sănătate în sistemul public de asigurare. De exemplu, cei care lucrează pe piața neagră a forței de muncă și nu plătesc contribuții de asigurări sociale. În aceeași categorie sunt cea mai mare parte a persoanelor în vârstă aptă de muncă cu ocupații agricole, precum și cei cu ocupații liberale.

O posibilă rezolvare a acestei probleme ține de măsurile îndreptate spre restrângerea pieței negre a muncii. În cazul celor neacoperiți de sistemul de asigurare din cauza veniturilor bănești foarte scăzute, s-ar putea crea un fond de rezervă (finanțat din bugetul de stat sau din surse special constituite) din care să fie acoperite cheltuielile aferente unui pachet minim de servicii de sănătate pentru aceste categorii de persoane. O asemenea măsură a fost luată în Franța prin adoptarea, în anul 1999, a unui proiect privind acoperirea de boală universală (CMU) a celor foarte săraci, asigurându-se accesul gratuit al acestora la un pachet minimal de servicii de sănătate, cheltuielile fiind în sarcina sistemului securității sociale.

3. Modul în care funcționează sistemul actual de sănătate ridică problema relațiilor dintre instituțiile din sistem și asigurați, a respectării „drepturilor” asiguraților. Nu există în noul sistem instituțional nici un organism care să reprezinte interesele și să apere drepturile persoanelor asigurate. În mod normal, casele de asigurări de sănătate ar trebui să îndeplinească această funcție. În fața unor încălcări ale acestor drepturi, cum ar fi, de exemplu, accesul la medicamente compensate care ar trebui să fie permanent, și nu numai la începutul fiecărei luni, nimeni nu răspunde.

Pentru remedierea acestei situații apare necesară, pe de o parte, cunoașterea drepturilor cetățenilor în acest domeniu și, pe de altă parte, democratizarea sistemului prin crearea unei instituții responsabile cu respectarea acestor drepturi.

4. Cadru legislativ care stă la baza organizării și funcționării sistemului de sănătate este foarte complicat și stufos, ceea ce creează numeroase confuzii și dificultăți în procesul de luare a deciziilor. La nivel național, de exemplu, rolul și competențele statului și ale asigurărilor au făcut în mod constant obiectul unor redefiniri și reinterpretări. Instabilitatea legislativă complică procesul reformă și împiedică definirea responsabilităților fiecărei instituții implicate în acest proces și în realizarea obiectivelor legate de îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Să amintim fie și numai faptul că în fiecare an apar legi noi, însoțite adesea cu mare întârziere de norme metodologice de aplicare, care complică procesul decizional și dăunează desfășurării normale a activității în sistemul sanitar.

---

Simplificarea legislației și definirea mai clară a drepturilor și obligațiilor fiecărei verigi a sistemului ar fi de natură să crească eficiența activității de îngrijire a sănătății.

## Referințe bibliografice

- \*\*\* *Acte normative referitoare la sistemul sanitar din România* publicate în "Monitorul oficial al României".
- Armean, Petru, *Evoluția sistemului de sănătate în România după anul 1990*, IMSS, "Management în sănătate" nr. 4, 2001.
- Coquidé, Patrick, *Les pays qui ont les meilleurs systèmes de santé*, "L'Expansion" nr. 571, 1998.
- Davis, Christopher, *Réformes et performances du système médical*, "Problèmes économiques" nr. 2731, 2001.
- Poenaru, Maria, *Reforma sistemului sanitar din România*, "Revista română de economie" nr. 2, 2002.
- Poenaru, Maria, *Integrarea europeană și sistemele de sănătate*, în vol. "Orientări actuale privind reformele în domeniul social în vederea compatibilizării cu UE", Grupul ESEN – 2, INCE/CIDE, București, 2002.
- Vlădescu, Cristian; Rădulescu, Silviu; Olsavszky, Victor, *Sisteme de sănătate în tranziție. România*, Editor: Busse Reinhard, 2000.

## 4. REFORMA SISTEMULUI DE PROTECȚIE SOCIALĂ A ȘOMERILOR

Programele de protecție socială a șomerilor reflectă atât starea generală a economiei, cât și preocuparea pentru atenuarea efectelor negative ale șomajului asupra nivelului de trai al persoanelor direct afectate, precum și evitarea unor implicații sociale în plan mai larg.

### 4.1. Experiența țărilor membre ale UE

#### 4.1.1. Tendințe generale

În condițiile creșterii ratei șomajului și încetării ritmului creșterii economice, sistemele de asigurări de șomaj nu au mai rezistat presiunii plății unor alocații generoase și pe termen lung pentru persoanele rămase fără loc de muncă. În consecință, în ultimul deceniu, pe plan european, a avut loc o schimbare de orientare, trecându-se din sfera preocupărilor exclusive pentru asigurarea unor condiții de trai decente pentru șomeri și punându-se mai mult accentul pe stimularea interesului acestora pentru muncă, reconversia profesională, reintegrarea lor cât mai rapidă într-o activitate și reducerea dependenței sociale.

Astfel, programele sociale pentru șomeri reflectă tot mai pregnant relația de condiționare dintre activitatea salariată, generatoare de surse de finanțare, și nivelul și durata prestațiilor acordate. Acestea tind din ce în ce mai mult către întărirea rolului de prevenire a riscurilor sociale și diminuarea celui reparatoriu sau compensatoriu.

Tendința generală este aceea de scădere a cuantumului indemnizațiilor de șomaj și a duratei de acordare a acestora și de încurajare a interesului pentru muncă. Astfel, de la generoasele procente de 80-90% din salariul anterior, s-a ajuns la 50-60% și chiar mai puțin în unele țări (40% în Irlanda și Portugalia, 28% în Grecia, 25% în Marea Britanie). Este avut în vedere principiul conform căruia nivelul indemnizației de șomaj trebuie să fie sensibil inferior salariului câștigat în perioada de activitate sau chiar salariului minim pe economie, pentru a nu conduce la dezinteres pentru găsirea unui nou loc de muncă într-un timp cât mai scurt.

Introducerea prestației de șomaj regressive în timp, cu diminuarea cuantumului acesteia pe măsura prelungirii duratei șomajului, concomitent cu limitarea perioadei în care șomerul poate beneficia de indemnizație în regim de asigurări, se înscrie în cadrul general de sporire a austerității financiare.

Pe aceeași linie se înscrie și impunerea unor restricții mai severe privind condițiile ce trebuie îndeplinite pentru dobândirea drepturilor de șomaj, respectiv creșterea duratei minime de cotizare la cel puțin un an.

Sporirea obligațiilor ce revin beneficiarilor de ajutoare sociale, dar mai ales urmărirea respectării acestora prin controale asigurate de servicii administrative

perfecționate constituie o altă modalitate de menținere a interesului pentru muncă. Participarea la o formă de pregătire profesională, efectuarea unor activități temporare în sectorul public, prezentarea periodică la interviuri în scopul angajării, acceptarea temporară a unor locuri de muncă oferite chiar dacă acestea nu corespund pregătirii profesionale ori dacă salariul este mai mic decât cel avut anterior reprezintă tot atâtea moduri de justificare a utilității acordării indemnizației de șomaj, premise pentru integrarea în muncă, dar și condiții obligatorii pentru primirea drepturilor bănești.

Concomitent cu aceste măsuri restrictive, preocupările s-au îndreptat și către stimularea agenților economici în crearea de noi locuri de muncă prin reducerea poverii fiscale suportate de aceștia, respectiv diminuarea contribuției angajatorilor la fondul de șomaj. În cele mai multe țări europene, ponderea cotizației plătite de angajatori este egală cu cea plătită de angajați, urmărindu-se o și mai mare conștientizare și responsabilizare a acestora din urmă.

În majoritatea țărilor europene, finanțarea prestațiilor de șomaj se realizează în principal în sistem contributiv, cotizațiile angajatorilor și angajaților reprezentând sursa principală care alimentează fondurile de șomaj, acoperind în proporție de peste 90% sumele necesare acordării prestațiilor de șomaj.

În unele țări europene, cotizația pentru șomaj este inclusă în cotizația socială globală (Belgia, Marea Britanie, Irlanda, Portugalia), care constituie sursa de formare a fondului general de securitate socială, acesta distribuindu-se pe riscuri sociale în funcție de necesitățile momentului. În cele mai multe țări însă, cotizațiile pentru șomaj au ca destinație precisă constituirea fondului de șomaj, care este utilizat exclusiv pentru finanțarea prestațiilor de șomaj.

De asemenea, în unele țări sunt stabilite anumite limite salariale minime sub care nu se percep contribuții de șomaj sau plafoane maxime peste care nu se mai aplică rata de cotizare, asigurând în acest fel finanțarea prestațiilor de șomaj la un nivel minim. În altele, rata de cotizare se aplică gradual, diferențiat în funcție de nivelul venitului, ceea ce permite finanțarea unor prestații corespunzătoare, proporționale cu contribuția plătită. În țările nordice (Suedia, Danemarca, Finlanda), pe lângă finanțarea prestațiilor de bază prin cotizații obligatorii, există și posibilitatea plății unor contribuții forfetare la casele de asigurări de șomaj din care sunt finanțate prestațiile suplimentare.

Fondurile de șomaj sunt administrate și gestionate de instituții publice. Contribuția statului la asigurarea echilibrului financiar al sistemului, prin acordarea în condiții avantajoase de credite rambursabile, total sau parțial, ori prin subvenții bugetare pentru susținerea programelor active de integrare a șomerilor, se situează la sub 10% din totalul fondurilor de șomaj, înregistrând o tendință de diminuare.

Referitor la organizarea administrativă, pe plan european are loc un proces de transferare a sarcinilor de susținere a anumitor categorii de șomeri către organele locale pentru ca, în acest fel, să poată fi realizată o evidență cât mai corectă, dar și un control mai riguros al respectării criteriilor de acces la prestații și al îndeplinirii obligațiilor de către beneficiarii de ajutor de șomaj.

În majoritatea țărilor, cu excepția Austriei și Portugaliei, s-a trecut la introducerea impozitării alocațiilor de șomaj situate peste un anumit prag superior,

prestațiile de înlocuire a unui venit fiind asimilate salariului în ceea ce privește aplicarea impozitării fiscale. Mai mult, în Belgia, Spania, Franța, Danemarca, Olanda, din indemnizația de șomaj sunt prelevate și anumite cotizații sociale - pentru serviciile de sănătate, pentru asigurările naționale de pensii, pentru ajutoarele familiale etc.

Măsurile active (subvenții pentru angajarea tinerilor, credite acordate în condiții avantajoase pentru întreprinderile care angajează șomeri, subsidii pentru dezvoltarea anumitor ramuri economice sau zone, cursuri de reconversie profesională) care stimulează ocuparea și generează noi locuri de muncă au început să-și arate efectele pozitive în cadrul programelor de combatere a șomajului. Ponderea lor este încă relativ scăzută, comparativ cu măsurile pasive (alocații și ajutoare bănești), din cauza faptului că presupun costuri suplimentare ridicate, iar rezultatele lor nu sunt imediate.

Orientarea către măsurile active de stimulare a integrării într-o activitate utilă a șomerilor, cu implicarea directă a agenților economici, reprezintă o preocupare actuală și de perspectivă de care se leagă speranțele reducerii numărului șomerilor.

Temperarea creșterii cheltuielilor cu protecția șomerilor sau chiar reducerea acestora, astfel încât să se încadreze în limitele permise de capacitatea economiei de a le suporta și susține din punct de vedere financiar, reprezintă o necesitate și totodată o condiție pentru viabilitatea sistemului, dar și pentru ca societatea să-și mențină disponibilitatea de a asigura fondurile destinate nevoilor șomerilor și să fie convinsă de eficiența utilizării lor.

Reformele întreprinse în ultimii ani, axate pe reducerea cuantumului indemnizațiilor de șomaj și a duratei acordării acestora, pe sporirea obligațiilor beneficiarilor, s-au reflectat într-o oarecare măsură în diminuarea acestor cheltuieli, dar nu au condus la rezultate spectaculoase pe linia scăderii ratei șomajului.

#### *4.1.2. Către convergența sistemelor?*

Compararea diferitelor sisteme naționale de protecție socială a șomerilor din țările Uniunii Europene permite stabilirea atât a unor puncte comune, cât și a unor particularități existente între acestea.

Principalele similitudini constau în:

- coexistența sistemelor de asigurări de șomaj în paralel cu cele de asistență socială pentru șomeri;
- absența totală a sistemelor private de acoperire a riscului șomajului;
- obligativitatea asigurării de șomaj atât pentru salariați, cât și pentru patroni, în majoritatea țărilor membre UE;
- orientarea prestațiilor către măsurile active de stimulare a integrării șomerilor în muncă și descurajarea dependenței sociale.

În toate țările Uniunii Europene funcționează sisteme de asigurări sociale pentru șomeri care se caracterizează prin:

- existența unei durate minime de afiliere la sistem care să permită deschiderea drepturilor la indemnizația de șomaj;
- o anumită proporționalitate între durata de afiliere la sistem, nivelul contribuției (cotizației) și, în unele cazuri, vârsta șomerului, pe de o parte, și durata și nivelul alocației permise, pe de altă parte;
- limitarea în timp a drepturilor de asigurări de șomaj;
- obligativitatea asigurării, a plății cotizației de asigurări de șomaj, atât pentru salariați, cât și pentru patroni.

Excepție fac numai Danemarca, unde salariații pot adera în mod voluntar la casele de asigurări de șomaj, Suedia, unde nesindicaliștii nu sunt obligați să se afilieze la casele sindicale de asigurări de șomaj, și Finlanda.

În interior însă, organizarea și funcționarea acestor sisteme de asigurări pentru șomeri nu este identică în toate țările Uniunii Europene. Dimpotrivă, ele diferă foarte mult mai ales în ceea ce privește nivelul indemnizației de șomaj și al proporționalității cu celelalte elemente de determinare. Quantumul indemnizației de șomaj este variabil de la o țară la alta și evolutiv, acolo unde a fost introdusă alocația regresivă în timp. Un caz mai special îl reprezintă sistemul britanic, în care prestația de asigurări plătită șomerilor nu mai depinde de salariul anterior, aceștia primind o sumă fixă săptămânală, identică pentru toți. Există și aici posibilitatea unor diferențieri în funcție de situația familială.

O altă diferențiere între sistemele de asigurări de șomaj din țările Uniunii Europene se referă la modul de finanțare a acestora, mai precis, la momentul și nivelul intervenției statului pentru completarea fondurilor, în caz de nevoie, prin apelarea la resurse publice, bugetare.

Sistemele din Germania, Spania, Franța, Luxemburg, Belgia, Grecia se bazează mai mult pe principiul asigurării, finanțând prestațiile de șomaj prin contribuții salariale și patronale, chiar dacă ratele cotizațiilor se situează la niveluri foarte diferite. Contribuția statului este redusă și ea se concretizează în acordarea unor credite rambursabile, în caz de necesitate, pentru a asigura echilibrul financiar al sistemului.

În alte țări se înregistrează unele abateri de la funcționarea pe baza principiului asigurării și, implicit, intervenția statului și contribuția bugetului public sunt mai însemnate. De pildă, în Danemarca, Suedia, Olanda, Italia se utilizează în mare parte resurse publice pentru plata alocațiilor de șomaj, urmând ca aceste sume să fie recuperate din cotizațiile patronale și salariale. Intervenția statului are loc astfel ante-factum, și nu post-factum, pentru a compensa un eventual deficit. În plus, rambursarea sumelor alocate de la buget nu se face integral. Tot ca o excepție de la regulă, în Danemarca, de exemplu, salariații care aderă la casele de asigurări de șomaj plătesc o contribuție în sumă fixă, și nu în funcție de mărimea salariului. Practic, în aceste țări, intervenția statului se concretizează în subvenționarea unei părți a asigurărilor de șomaj prin bugetul public.

În unele țări, ca Irlanda, Marea Britanie, Portugalia, asigurarea de șomaj nu este o asigurare socială separată, ea fiind cuprinsă în sistemul național de securitate socială. În acest caz, cotizațiile patronale și salariale pentru șomaj sunt vărsate la fondul național de asigurări sociale care este administrat de către

instituțiile statului. Ca parte integrantă a sistemului național de securitate socială, asigurările de șomaj sunt adesea susținute financiar și din resurse publice.

În țările Uniunii Europene se menține în continuare o mare diversitate a formelor prestațiilor de șomaj; reformele întreprinse în ultimul deceniu nu au condus la o convergență a sistemelor sub acest aspect. Astfel, în țările nordice, ca Suedia, Danemarca sau Finlanda, se acordă o prestație de bază pentru șomaj, în sumă fixă, finanțată prin sistemul de asigurări obligatoriu, precum și o indemnizație de șomaj proporțională cu contribuția suplimentară la sistemul de asigurări. Există, în același timp, prestații de șomaj integrale, parțiale sau regresive în timp, în funcție de perioada de cotizare sau de durata șomajului, cum este cazul Franței. În unele țări, ca Marea Britanie, Belgia, Irlanda, Portugalia, prestațiile de șomaj sunt incluse în sistemul unic de securitate socială care acoperă toate riscurile sociale, iar în altele există și funcționează în cadrul unui sistem distinct de protecție socială a șomerilor. În alte țări, ca Germania, Spania, Italia, există și o serie de prestații speciale de șomaj, ca, de exemplu, indemnizația de șomaj tehnic, acordată în situații de criză, sau indemnizația de intemperii pentru lucrătorii în construcții, acordată în caz de condiții atmosferice nefavorabile etc. Pentru lucrătorii în vârstă, cu risc crescut de șomaj, există posibilitatea acordării unei prestații parțiale de șomaj cu reducerea duratei de muncă sau a unei prestații de prepensionare.

Acolo unde există, sistemele de asistență socială pentru șomeri prezintă și ele atât puncte comune, cât și diferențieri de la o țară la alta. Aceste sisteme, finanțate în cea mai mare parte din fonduri publice, plătesc celor îndreptățiți alocații în sumă fixă, în general. Alocațiile pot fi diferențiate în funcție de statutul familial, numărul de copii, câteodată de vârstă etc. Nivelul acestor ajutoare este mult diminuat comparativ cu cel de asigurări. Germania face excepție de la această regulă, ajutoarele sociale de acest gen situându-se la un nivel comparabil cu cel al alocațiilor de șomaj, ceea ce apropie sistemul de asistență de cel de asigurări din acest punct de vedere.

Condițiile de acces la sistemele de asistență socială pentru șomeri sunt, de asemenea, variabile de la o țară la alta. În Franța, de pildă, acestea sunt foarte restrictive. Aici numai șomerii care și-au epuizat drepturile de asigurări și pot justifica o lungă perioadă de contribuție la sistem au dreptul să beneficieze în continuare de alocații în regim de asistență socială pentru șomeri. Cei care nu îndeplinesc aceste condiții sunt nevoiți să se orienteze către venitul minim de subzistență. Sistemul german și cel spaniol sunt, dimpotrivă, mult mai permissive sub acest aspect. Ele funcționează fie în relație cu asigurarea, fie de la începutul perioadei de șomaj pentru cei care nu îndeplinesc condițiile pentru a primi alocația de asigurări de șomaj. În alte țări, prestațiile de asistență socială pentru șomeri se înscriu într-un cadru mai larg de ajutor social, criteriile de acordare fiind legate în mod variabil de resursele totale ale familiei, de structura acesteia, de tipul de locuință etc.

În Germania, sistemul de asigurări a întărit principiul proporționalității nivelului și duratei prestațiilor de șomaj cu nivelul salariului și durata contribuției la sistem. În schimb, Marea Britanie a introdus o logică de asistență socială chiar în cadrul sistemului de asigurări, astfel încât o mare parte a șomerilor depind în final

de prestațiile generale de asistență socială. Sistemul francez îmbină practic cele două sisteme. Sistemul de asistență socială urmează în parte logica asigurărilor, prin condiția impusă pentru deschiderea acestor drepturi, și anume aceea de a fi desfășurat o activitate profesională pe o perioadă minimă de cinci ani. Sistemul de asigurări francez conține și el numeroase elemente ale sistemului de asistență socială. Astfel, în timp ce rata cotizației nu este diferențiată în funcție de vârstă, la acordarea indemnizației de șomaj se ține seama de vârsta șomerilor, fiind favorizați cei mai în vârstă, în detrimentul celor mai tineri care au cotizat o perioadă mai scurtă de timp. În acest mod, sistemul francez de asigurări de șomaj poate fi considerat, în parte, și ca un sistem de prepensionare, prin acordarea pentru șomerii mai în vârstă a unor indemnizații mai ridicate și pe o perioadă mai îndelungată, pe baza unor principii de solidaritate între generații.

Se poate ușor constata că sistemele de alocații de șomaj se caracterizează printr-un amestec, variabil de la o perioadă la alta și de la o țară la alta, al principiilor de asigurări cu cele de asistență socială.

#### *4.1.3. Asigurările de șomaj - între obligativitate și universalitate*

Deși este obligatorie pentru toți salariații și patronii, asigurarea de șomaj nu este universală în nici o țară; ea nu oferă protecție socială tuturor persoanelor rămase fără un loc de muncă.

În majoritatea țărilor Uniunii Europene, adeziunea la sistemul asigurărilor de șomaj este obligatorie. Această aderare este facultativă numai în Danemarca, Suedia și Finlanda, din cauza existenței caselor sindicale de asigurări de șomaj. În aceste țări, aderarea la un sindicat este echivalentă cu aderarea la casa de asigurări de șomaj. Puținele persoane care nu sunt membri de sindicat au însă dreptul să adere la o casă sindicală de asigurări de șomaj fără a avea și obligația să facă parte din sindicatul respectiv. În Belgia, unde asigurarea de șomaj este obligatorie, dar unde casele de asigurări sunt moștenitoare ale tradiției sindicale, membrii de sindicat au posibilitatea să se înscrie la o casă specială a confederației sindicale. De remarcat că această multitudine de case de asigurări nu determină apariția unei concurențe între ele, pentru că sistemul este în așa fel organizat încât fiecare sector profesional are o singură casă de asigurări.

Toate aceste case de asigurări trebuie să respecte legislația, normele și reglementările privind rata cotizației lunare, nivelul prestațiilor oferite și durata acordării acestora, condițiile de acces la drepturile de asigurări de șomaj, precum și toate restricțiile impuse de constrângerile financiare care pot apărea la un moment dat. Contractul de asigurare este identic pentru toți membrii.

Dar această obligație de adeziune la asigurări nu înseamnă și o acoperire universală a riscului de șomaj. Ratele de acoperire, adică proporția șomerilor efectiv beneficiari de alocații de șomaj, variază mult de la o țară la alta, dar ele indică faptul că destul de mulți șomeri nu primesc aceste alocații. Aceasta se datorează fie neîndeplinirii condițiilor inițiale pentru deschiderea dreptului la prestații, condiții care s-au înăsprit în ultima perioadă, fie epuizării acestor drepturi, prin depășirea perioadei de șomaj.



Metodologiile și datele utilizate în fiecare țară pentru a calcula rata de acoperire sunt diferite. Din această cauză cifrele nu sunt perfect comparabile, ele având mai mult caracter ilustrativ. După anchetele Biroului Internațional al Muncii, în 2001, rata de acoperire varia între mai puțin de 20% în Italia, Grecia și Portugalia și peste 80% în Olanda, Belgia și Danemarca. Rata medie de acoperire în Uniunea Europeană era de 40%, conform Comisiei Uniunii Europene. În Franța, aceasta se situa la nivelul de 60%, din care 50% în regim de asigurări și 10% în regim de asistență socială pentru șomeri. Ea s-a menținut la același nivel comparativ cu anii anteriori, deși condițiile de acces la sistemul de asigurări au fost înăsprițe și durata drepturilor la indemnizația de șomaj a fost redusă pentru un mare număr de beneficiari. Această situație este urmarea creșterii ratei șomajului în rândul persoanelor adulte, cu perioade îndelungate de afiliere și cotizare la sistemul de asigurări, care le dau dreptul să beneficieze de prestațiile de șomaj pe durate de timp mai mari.

Trebuie subliniat că cifrele prezentate nu includ și persoanele care beneficiază de unele alternative la indemnizația de șomaj, respectiv de indemnizația de prepensionare, de unele alocații complementare, de prestații pentru concediere din motive economice (în cazul Italiei). De altfel, în țările unde contribuțiile de asigurări de șomaj sunt integrate în sistemul național de securitate socială (Marea Britanie, Portugalia, Irlanda) sau în cele în care salariații plătesc cotizații la fonduri diferite (Grecia), asigurații pot primi unele alocații complementare fără ca acestea să fie considerate alocații de șomaj. În Danemarca a fost instituit dreptul la un loc de muncă pe o perioadă determinată sau la o formă de pregătire profesională pentru șomerii de lungă durată, fără pierderea drepturilor sociale în acest timp, ceea ce se reflectă într-o rată de acoperire mai ridicată.

În general, ratele de acoperire sunt mai ridicate în țările Uniunii Europene situate în nordul Europei decât în cele aflate în sudul continentului. Pe de altă parte, în țările în care principiile asigurării sunt mai ferm respectate (Germania), rata de acoperire este mai redusă decât în cele în care principiile asigurării se îmbină cu cele ale asistenței (Belgia, Danemarca). Aceasta se explică prin faptul că sistemele în care predomină principiul asigurării oferă o protecție mai slabă celor care nu au perioade suficient de mari de cotizare: tinerii, femeile, șomerii de lungă durată.

## **4.2. Efecte ale reformei sistemului asigurărilor de șomaj în România**

Măsurile adoptate în țara noastră prin noua Lege a asigurărilor de șomaj (Legea nr. 76/2002) au avut în vedere diminuarea nivelului alocațiilor bănești directe, limitarea perioadei de acordare a acestora, înăsprirea condițiilor de acces la prestațiile bănești, promovarea măsurilor active de combatere a șomajului.

Obiectivele finale urmărite prin aceste schimbări vizează stimularea reintegrării cât mai rapide a șomerilor în muncă, modificarea comportamentului acestora în sensul sporirii responsabilității individuale față de riscurile sociale,

realizarea în mai mare măsură a autoprotecției individului prin muncă și reducerea marginalizării sociale.

Efectul imediat al apariției acestei legi s-a concretizat în creșterea rapidă a ratei șomajului și în dublarea numărului șomerilor neindemnițați prin sistemul asigurărilor de șomaj. Aceasta este și o consecință a faptului că toți cei fără loc de muncă au fost și sunt interesați să figureze în evidențele oficiilor de muncă pentru a putea beneficia de venitul minim garantat. Totodată, în acest fel, înregistrările statistice s-au apropiat mai mult de realitate, reflectând mult mai fidel adevăratul nivel al ratei șomajului și, mai ales, al celui de lungă durată.

Necesitatea reevaluării raportului dintre nivelul prestațiilor bănești de șomaj și cel al salariilor, a realizării unei mai bune corelații între acestea și veniturile din activitate a apărut în condițiile în care ajutorul mediu de șomaj a depășit nivelul salariului minim net pe economie, ceea ce a determinat chiar scăderea interesului pentru păstrarea unui loc de muncă mai slab plătit. Această situație anormală a făcut ca pe parcursul întregii perioade de tranziție să se perpetueze paradoxul existenței locurilor de muncă neocupate, concomitent cu menținerea ratei șomajului și acordarea de ajutoare sociale.

Introducerea indemnizației unice de șomaj, în cuantum fix, reprezentând 75% din salariul minim net pe economie, indiferent de nivelul și durata contribuției beneficiarului la fondul de șomaj, a imprimat sistemului de asigurări de șomaj caracterul de asistență socială, dar numai pe segmentul de distribuire a prestației, ceea ce îl face inechitabil din punctul de vedere al contribuabililor.

Principala sursă de formare a veniturilor fondului de șomaj o constituie contribuțiile agenților economici, care au avut un trend crescător, contrar tendințelor europene, ajungând de la 62,5% în 1997 la 76% în anul 2001 din totalul resurselor de finanțare a prestațiilor de șomaj. Cotizațiile salariaților dețin o pondere de 12-13% în totalul veniturilor la fondul de șomaj.

Fondul asigurărilor de șomaj a înregistrat în mod constant (cu excepția anului 1999, din cauza volumului mare al plăților compensatorii) un excedent mai mare sau mai mic al veniturilor realizate față de cheltuielile efectuate. Acest surplus anual este rezultatul promovării unor politici nejustificate de creștere a veniturilor la fondul de șomaj, în special pe seama contribuției plătite de angajatori, în condițiile menținerii sau chiar reducerii numărului șomerilor aflați în plată, ale desfășurării într-un ritm lent a procesului de restructurare economică. Insuficienta promovare a programelor active de combatere a șomajului a contribuit și ea la neutilizarea completă a resurselor disponibile.

Evoluția mai lentă a cheltuielilor ar putea fi considerată un aspect pozitiv, o expresie a unei mai bune gestionări a resurselor. Posibilitatea unei asemenea concluzii este infirmată însă de rezultatele obținute atât pe plan economic, cât și social. Dacă an de an o bună parte din resursele fondului de șomaj nu au fost cheltuite înseamnă că acestea fie sunt disproporționat de mari în raport cu necesitățile, immobilizând astfel în sectorul financiar-bancar sume însemnate care și-ar fi putut găsi o utilizare mai eficientă în alte domenii, fie nu există pricepere sau preocupare pentru folosirea acestora ori sunt orientate către alte destinații.

Un ritm înalt de formare a veniturilor (modificarea contribuției agenților economici de la 4% la 5% din fondul de salarii în 1994) s-ar fi justificat în condițiile

realizării unui ritm înalt al reformelor economice și ale unei creșteri spectaculoase a ratei șomajului. Cum acest fapt nu s-a petrecut, ritmul accelerat al formării veniturilor la fondul de șomaj a avut efecte negative atât asupra agenților economici, cât și asupra economiei naționale, prin influențele exercitate asupra costurilor de producție, asupra inflației și chiar asupra ocupării forței de muncă, ajungându-se la un efect contrar scopului pentru care a fost creat.

Durata medie a șomajului în România continuă să fie mai mare decât durata în timp a ajutorului bănesc. Din acest motiv, se pune problema stabilirii unui nou raport între măsurile pasive de protecție socială a șomerilor și cele active, de stimulare a ocupării acestora. Interacțiunea puternică existentă între acestea face dificilă evaluarea separată a rezultatelor programelor active și ale celor pasive, evaluare care ar fi de mare utilitate în stabilirea modului de repartizare a fondurilor între cele două tipuri de măsuri. Rămâne de văzut, în anii următori, dacă reducerea nivelului indemnizației de șomaj va determina o participare crescândă a șomerilor la programele active și dacă aceasta se va reflecta într-o scădere a duratei și a ratei șomajului.

În continuare, în România, prestațiile bănești directe – de natură pasivă – dețin ponderea covârșitoare în totalul cheltuielilor de șomaj. O contribuție importantă la menținerea acestei situații a avut-o acordarea plăților compensatorii care, în plus, nici nu au avut efectele scontate, nefiind utilizate pentru deschiderea de mici afaceri care să absoarbă o parte din disponibilizați. În schimb, măsurilor active le-a revenit o parte nesemnificativă din fonduri, iar rezultatele au fost pe măsură: mai puțin de 5% din șomeri au urmat anual cursuri de reconversie, iar dintre cei care au absolvit o formă de pregătire, doar 10-15% au reușit să se angajeze.

Este cunoscut faptul că, în perioadele de recesiune economică, salariații disponibilizați din ramurile aflate în declin nu își pierd doar locul de muncă, ci și pregătirea profesională. Cu alte cuvinte, nu mai există cerere pentru ceea ce știu ei să facă. De aceea, cursurile de calificare și recalificare prezintă o importanță deosebită. La limită, nu este greu de imaginat situația când numărul de locuri de muncă vacante ar putea fi egal cu numărul șomerilor, dar calificarea acestora din urmă i-ar împiedica să devină salariați în ramurile cu deficit de forță de muncă.

Cu toate acestea, interesul șomerilor pentru astfel de cursuri nu a fost foarte ridicat și chiar a scăzut în ultimii ani. Astfel, dacă în primii ani ai tranziției peste 80% din totalul participanților la cursurile de calificare proveneau din rândurile șomerilor, ponderea acestora s-a redus an de an, ajungând la 30% în 2001. Cifrele extrem de mici, dar și remarcabila lor constanță de-a lungul acestei perioade ridică serioase semne de întrebare referitoare la eficiența acestei forme de pregătire, dar și asupra modului cum au fost cheltuiți banii destinați protecției sociale active a șomerilor.

O explicație posibilă ar fi faptul că numai o proporție cuprinsă între 20% și 30% dintre participanți au urmat cursuri organizate la cererea agenților economici (care ar putea constitui de fapt cererea reală pentru astfel de programe), dacă nu ar fi contrazisă de ponderea redusă și cu tendință continuă de scădere a absolvenților din această categorie care au reușit să se angajeze (8,6% în anul 2001). Cei mai mulți (peste 50%) au preferat cursurile care considerau ei că le

oferă calificarea cu cele mai mari perspective de a-și găsi cât mai repede un loc de muncă, dar proporția absolvenților angajați este la fel de slabă ca și în cazul precedent.

### **4.3. Orientări și direcții de acțiune în perspectiva integrării europene**

Dacă din punct de vedere social, al nivelului de trai, alocațiile de șomaj ar trebui să fie cât mai mari, în schimb din perspectivă economică, a funcționării eficiente a pieței forței de muncă, prestațiile bănești nu ar trebui să depășească anumite limite, care să diminueze rolul stimulativ al prețului muncii (salariul) sau să exercite presiuni asupra sporirii salariului minim, cu efecte imediate asupra reducerii șanselor de angajare a celor cu calificare redusă, a șomerilor de lungă durată, a tinerilor etc. În consecință, numai o bună corelare a acestor două laturi, economică și socială, ar putea asigura venitul de înlocuire, chiar și în noua lui formă unică de indemnizație de șomaj în sumă fixă, capacitatea de a nu fi doar o simplă modalitate de distribuire a unor resurse financiare, ci, în același timp, și un mecanism de utilizare eficientă a acestora.

Nivelul venitul de înlocuire are un impact major asupra eficienței cheltuielilor bănești cu protecția socială, influențând comportamentul șomerilor. De aceea, este necesară reexaminarea permanentă și adaptarea lui la noua conjunctură economică și socială.

Stabilirea unui plafon maxim al veniturilor, până la care să se aplice prelevarea contribuției de șomaj, ar fi o măsură mai echitabilă, în condițiile plafonării indemnizației de șomaj. În același timp, reducerea ratei cotizației de șomaj pentru angajatori, în concordanță cu tendințele înregistrate pe plan european, ar diminua povara fiscală pentru agenții economici, ar putea stimula extinderea activității acestora și, implicit, crearea de noi locuri de muncă.

Introducerea unei indemnizații de bază pentru cei ce se asigură la nivelul minim obligatoriu, alături de o indemnizație facultativă, proporțională cu contribuția plătită, ar putea constitui o alternativă, după modelul țărilor nordice, pentru cei care fie prezintă un risc sporit de șomaj, fie dispun de venituri mai ridicate și optează pentru o asigurare suplimentară.

De asemenea, introducerea regresivității în timp a indemnizației de șomaj, ca în cazul Franței, de pildă, concomitent cu limitarea perioadei în care șomerul poate beneficia de indemnizație ar putea stimula sporirea preocupărilor pentru reintegrarea mai rapidă în muncă.

Promovarea cu mai mare consecvență a mijloacelor active de protecție a șomerilor, prin asigurarea gratuității, dar și impunerea obligativității frecventării cursurilor de reconversie profesională pentru șomeri, corelarea profilurilor acestor cursuri cu cerințele pieței muncii constituie o modalitate eficientă de utilizare a resurselor fondului de șomaj. Chiar dacă aceste programe sunt mai costisitoare, iar rezultatele lor nu se fac simțite imediat, în schimb, efectele lor sunt mai durabile, iar efortul financiar poate fi susținut prin reducerea sumelor alocate măsurilor pasive sau prin excedentul fondului de șomaj.

Sporirea eficienței cursurilor de calificare și recalificare ar putea fi obținută printr-o direcționare mai precisă a lor către, spre exemplu, persoanele trecute de vârsta medie, șomerii de lungă durată, sprijin acordat calificării personalului din întreprinderile mici și mijlocii etc. Cu alte cuvinte, ele ar trebui să se orienteze către grupurile vulnerabile de populație, lăsând în sarcina sectorului privat calificarea și recalificarea celor care au șanse sporite de a găsi un loc de muncă.

Acordarea de credite în condiții avantajoase, cu dobândă subvenționată, pentru întreprinderile mici și mijlocii care angajează șomeri reprezintă o măsură cu conținut superior, ea conducând, în mod normal, la crearea de noi locuri de muncă și constituind, în același timp, un factor de stimulare a creșterii economice prin dezvoltarea agenților economici beneficiari.

Acordarea de subvenții agenților economici pentru angajarea categoriilor celor mai vulnerabile de șomeri, respectiv a tinerilor, a celor în vârstă de peste 45 de ani și a celor de lungă durată, cu obligativitatea menținerii acestora cel puțin o perioadă egală cu cea în care au beneficiat de subvenție, reprezintă o altă modalitate de stimulare a integrării și totodată de susținere a grupurilor cu risc social ridicat.

O primă categorie vizată de această măsură o reprezintă absolvenții instituțiilor de învățământ, având în vedere riscul ridicat ca aceștia să intre în rândul șomerilor direct de pe băncile școlii. De altfel, șomerii proveniți din rândul tinerilor dețin ponderea cea mai ridicată în totalul celor fără loc de muncă (peste o treime).

Pentru diminuarea efectelor previzibile (descalificarea tinerilor, creșterea infraționalității, emigrarea celor cu calificare înaltă) ale unei astfel de situații, stimularea și cointeresarea agenților economici pentru angajarea lor pare să fie o soluție, cel puțin pentru un început de carieră profesională.

Se cuvine menționată, totuși, o problemă care se poate ivi în legătură cu nivelul acestor subvenții. Quantumul identic al sumelor primite de către angajator pentru încadrarea unui tânăr, indiferent dacă acesta a absolvit gimnaziul, liceul sau o facultate, îi va determina pe agenții economici să prefere angajarea, cu salariul minim pe economie, a absolvenților de învățământ superior, mai bine pregătiți, în detrimentul celorlalți. Încadrarea absolvenților cu pregătire superioară pe locuri de muncă necorespunzătoare, unde sunt nevoiți să desfășoare activități inferioare calificării lor, cu productivitate scăzută și cu un nivel de salarizare redus reprezintă, de fapt, o formă de șomaj mascat. În acest caz, se poate spune că efectele subvenționării locurilor de muncă ale absolvenților la nivelul salariului minim nu răspund scopului inițial propus.

A doua categorie avută în vedere prin aplicarea măsurii subvenționării salariilor este cea a șomerilor în vârstă de peste 45 de ani, ținând cont de faptul că aceștia reprezintă un sfert din totalul celor fără un loc de muncă, constituind al doilea grup defavorizat, ca mărime, după cel al tinerilor. În plus, din cauza vârstei, șansele lor de a fi angajați sunt mult diminuate. Un alt grup țintă beneficiar al acestei măsuri îl reprezintă șomerii întreținători unici de familie, din considerente de protecție și de încurajare a întemeierii familiilor și, mai ales, de protejare a copiilor.

Subvenționarea locurilor de muncă pentru anumite grupuri defavorizate de persoane trebuie avută în vedere în special în cazul zonelor monoindustriale, unde ar putea produce efecte mai bune decât plățile compensatorii acordate în anii anteriori. Ideea ca din fondul de șomaj să fie subvenționate locurile de muncă ale unor categorii de șomeri este considerată chiar ca o metodă de combatere a șomajului aproape lipsită de costuri. În loc să primească ajutorul de șomaj, celor care nu au de lucru, dar vor să muncească li se acoperă o parte a salariului în cazul în care își găsesc de lucru. Acest mecanism ar reduce costul forței de muncă și ar stimula agenții economici să angajeze salariați suplimentari. În plus, costurile suportate din bugetul asigurărilor de șomaj ar fi practic neglijabile, atât timp cât mărimea acestor subvenții ar reprezenta, în fapt, economii la plata ajutoarelor de șomaj.

În aceeași ordine de idei, nu trebuie neglijați șomerii de lungă durată, indiferent de vârstă, pentru că aceștia reprezintă o categorie numeroasă, cu risc ridicat de deprofesionalizare și de excludere socială. Pentru aceștia, valoarea subvențiilor ar trebui să crească o dată cu mărimea perioadei de șomaj a beneficiarului și, ulterior, să scadă în funcție de creșterea duratei de ocupare a persoanei respective. O astfel de abordare pare logică, atâta vreme cât este de presupus că, o dată cu creșterea perioadei de șomaj, calificarea șomerului respectiv se diminuează, la fel ca și șansele sale de a găsi un loc de muncă. Pe de altă parte însă, cu cât un salariat este mai vechi într-un anumit post, cu atât riscul de a fi concediat este mai mic, cel puțin teoretic.

Într-un sens mai larg, se poate avea în vedere utilizarea subvențiilor și în cazul agenților economici care folosesc banii respectivi pentru pregătirea personalului. Aceasta ar putea minimiza și efectele negative legate de defavorizarea altor salariați sau șomeri de scurtă durată. În aceste condiții, angajatorii nu vor concedia cu ușurință salariații în pregătirea cărora au investit atât timp, cât și bani. Este la fel de adevărat însă că nici această propunere nu este lipsită de posibilitatea apariției unor efecte adverse: astfel, un șomer de lungă durată care știe că peste câteva luni va deveni eligibil pentru a beneficia de o schemă de subvenționare va renunța să mai caute de lucru, așteptând să se încadreze în programul respectiv. Chiar și în aceste condiții, o astfel de schemă trebuie avută în vedere cel puțin pentru motivul că îi menține pe șomerii de lungă durată în contact cu piața muncii.

Promovarea măsurilor stimulative nu înseamnă însă diminuarea rolului celor coercitive, ci dimpotrivă, presupune sporirea obligațiilor beneficiarilor, introducerea unor restricții mai severe la acordarea acestora.

Condiționarea plății drepturilor bănești de efectuarea unor activități utile în folosul comunității reprezintă una dintre aceste obligații. Cheltuielile efectuate pentru realizarea acestor programe care au ca scop ocuparea temporară a șomerilor, pentru executarea de lucrări și desfășurarea de activități de interes pentru comunitățile locale se pot subvenționa din bugetul asigurărilor pentru șomaj, precum și din alte surse.

Pot fi subvenționate astfel, în principal, următoarele categorii de servicii:

- servicii publice de refacere și întreținere a infrastructurii, de ecologizare și de realizare a unor lucrări edilitare, organizate de autoritățile publice locale,

de firme private sau organizații neguvernamentale, cu avizul administrației publice locale;

- servicii sociale care cuprind activități de îngrijire la domiciliu a copiilor, bolnavilor, persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap, organizate de autoritățile publice locale, organizații neguvernamentale și de alte organisme autorizate.

Ele pot fi apreciate ca utile, deoarece oferă – fie chiar și pentru o perioadă limitată – locuri de muncă suplimentare, în special șomerilor de lungă durată. Cu toate acestea, astfel de programe nu realizează o integrare reală în activitatea economică a celor care beneficiază de ele. Deoarece ele atrag forța de muncă în general slab calificată și deci prost plătită, de multe ori programele de lucrări publice mai degrabă subminează decât îmbunătățesc șansele șomerilor de a-și găsi un loc stabil de muncă. Combinarea acestor programe cu unele forme de calificare și recalificare ar putea reduce oarecum din neajunsuri, sporind efectele pozitive.

Îmbunătățirea serviciilor oferite șomerilor de către agențiile de șomaj reprezintă o componentă ce nu poate fi neglijată în cadrul programelor de protecție a șomerilor. În țările Europei Occidentale există, în medie, între 7 și 14 lucrători în astfel de agenții la 10.000 de persoane apte de muncă, în vreme ce în Europa Răsăriteană această cifră se situează undeva între 1 și 2 lucrători la 10.000 de persoane.

La creșterea șanselor de angajare a șomerilor, o contribuție însemnată își pot aduce: serviciile de preconcediere, informarea și consilierea profesională, medierea muncii, consultanța și asistența pentru începerea unei activități independente sau pentru inițierea unei afaceri, stimularea mobilității forței de muncă.

Informarea și consilierea profesională a șomerilor se pot realiza prin următoarele servicii acordate în mod gratuit de către centrele specializate din cadrul agențiilor de șomaj:

- furnizarea de informații privind piața muncii;
- evaluarea și autoevaluarea personalității în vederea orientării profesionale;
- dezvoltarea abilității și încrederii în sine a șomerilor, în vederea luării celei mai bune decizii privind propria carieră;
- instruirea în metode și tehnici de căutare a unui loc de muncă.
- oferirea de informații privind locurile de muncă vacante și condițiile de ocupare a acestora prin publicarea, afișarea, organizarea de burse ale locurilor de muncă;
- mediere electronică, având ca scop punerea automată în corespondență a cererilor și ofertelor de locuri de muncă prin intermediul tehnicii de calcul;
- preselecția candidaților corespunzător cerințelor locurilor de muncă oferite și în concordanță cu pregătirea, aptitudinile, experiența și cu interesele acestora.

Aceste mecanisme de protecție a șomerilor, oricât de perfecționate și de bine organizate ar fi, nu pot decât să restrângă fenomenul în anumite limite, pe anumite perioade sau în unele zone, respectiv să diminueze consecințele

negative ale acestuia asupra unor grupuri sociale defavorizate, dar singura soluție reală și durabilă a rezolvării situației o reprezintă creșterea economică susținută.

Totodată, până în prezent, nu s-a demonstrat existența unei relații directe de cauzalitate între modul de funcționare a sistemelor de protecție socială a șomerilor și persistența ratei înalte a șomajului, aceasta găsindu-se mai degrabă în factorii macroeconomici și structurali. S-a constatat totuși că acordarea unor prestații de șomaj generoase pe perioade îndelungate de timp poate menține sau chiar amplifica fenomenul.

## Referințe bibliografice

Boissard, D., *Le chômage peut-il disparaître?*, "Problèmes économiques" nr. 2688-2689/2000.

Bureau Internationale du Travail, *L'emploi en Europe*, Génève, 2001.

CE, Eurostat, *La situation sociale dans L' Union Européenne*, 2001.

INS, *Condițiile de viață ale populației din România*, 2002.

INS, *Coordonate ale nivelului de trai în România*, 2002.

Malinvaud, E., *Vers le fin du chômage?*, "Problèmes économiques" nr. 2711/2001

MISSOC, *Social Protection in the Member States of the European Union*, Luxemburg, 2001.

Sarfeti, H., *Le chômage: ¿ qui la faute?*, "Problèmes économiques" nr. 2711/2001.

UNICEF, INS, *Tendințe sociale*, 2002.