

## **CUPRINS**

### **EXECUTIVE SUMMARY**

#### **1. INTRODUCERE**

**1.1 Extinderea Uniunii Europene: aspecte sociale**

**1.2 Procesul de monitorizare a României**

#### **2. SISTEMUL DE PENSII ROMÂNESC**

**2.1 Pași în reforma sistemului național de pensii. Cadrul legal și instituțional**

2.1.1 Vechiul sistem public de pensii – prezentare generală

2.1.2 Puncte critice

2.1.3 Reforma parametrică

2.1.4 Reforma sistemului național de pensii: primele măsuri

2.1.5 Reproiectarea pilonului public: primul an de experiență

2.1.6 Analiza instituțională

2.1.7 Pensiiile suplimentare: Sustenabilitate și modernizare a sistemelor de pensii

2.1.8 Integrare europeană și dezvoltarea schemelor de pensii suplimentare în România

#### **3. SISTEMUL DE SANATATE DIN ROMÂNIA**

**3.1 Prezentare generală**

3.1.1 Starea de sănătate

3.1.2 Reforma sistemului de sănătate

3.1.3 Impactul reformelor

3.1.4 Probleme instituționale

3.1.5 Evoluții recente

3.1.6 Concluzii

**3.2 Acquis – cadrul legal și instituțional**

3.2.1 Introducere

3.2.2 Ne îndreptăm spre o politică europeană de protecție socială?

3.2.3 O nouă strategie pentru politica de sănătate?

3.2.4 Accesul la asistență medicală în altă țară – deciziile Kohll și Decker

3.2.5 Reacțiile statelor membre

3.2.6 În căutarea unei clarificări a impactului libertății de mișcare în sectorul asistenței medicale. Întrebări fără răspuns și cazuri noi

3.2.7 Perspective în viitor

**3.3 Implementarea acquis-ului comunitar**

3.3.1 Integrarea europeană și Casa Națională de Asigurări de Sănătate

3.3.2 Integrarea europeană și Ministerul Sănătății și Familiei

3.3.3 Concluzii

**3.4 Principalele probleme și recomandări**

## **TABELE**

- Tabelul 1 – Progresele înregistrate de România așa cum reies din rapoartele periodice ale Comisiei Europene
- Tabelul 2 – Factori care influențează sustenabilitatea sistemului public de pensii
- Tabelul 3 – Rata de dependență: tendințe
- Tabelul 4 – Dinamica ratei de dependență
- Tabelul 5 – Sărăcia absolută măsurată de valoarea reală a pensiei medii
- Tabelul 6 – Situația financiară a fondurilor de pensii
- Tabelul 7 – Planurile de recorelare a pensiilor
- Tabelul 8 – Principalele prestații de asigurări sociale finanțate de la bugetul asigurărilor sociale de stat
- Tabelul 9 – Principalele acte normative care reglementează organizarea și funcționarea sistemului public de pensii
- Tabelul 10 – Politici publice în reformarea sistemului de pensii
- Tabelul 11 – Reforma pensiilor în țările candidate
- Tabelul 12 – Rata mortalității
- Tabelul 13 – Mortalitatea în funcție de cele mai importante cauze
- Tabelul 14 – Incidența specifică pentru afecțiunile selectate
- Tabelul 15 – Principalele boli infecțioase și parazitare în România
- Tabelul 16 – Responsabilitățile instituțiilor
- Tabelul 17 – Spitalele în România
- Tabelul 18 – Evoluția cheltuielilor cu sănătatea (termeni comparativi)
- Tabelul 19 – Evoluția cheltuielilor cu sănătatea (valori relative)
- Tabelul 20 – Principalele surse de finanțare pentru sectorul sanitar
- Tabelul 21 – Planuri de strategie: strategia pre-reforma din 1997
- Tabelul 22 – Cheltuieli cu sănătatea: comparație între cheltuielile actuale și sumele furnizate de contractul-cadru național și corecțiile bugetare pe termen mediu
- Tabelul 23 – Venituri și cheltuieli ale fondurilor de sănătate 1998-2000
- Tabelul 24 – Reducerea cheltuielilor publice de sănătate pe sector în țările OECD

## **CASETE**

- Casetă 1 – Hard Acquis
- Casetă 2 – Soft Acquis

## **FIGURI**

- Figura 1 – Managementul sistemului public de pensii în cadrul Ministerului Muncii și Securității Sociale
- Figura 2 – Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
- Figura 3 – Casa Națională a Pensiilor și Alte Drepturi de Securitate Socială

## ANEXE

1. Actorii institutionali
2. Estimările Bancii Mondiale
3. Fisa de sector: Ocuparea fortei de munca si sectorul social
4. Reglementari nationale privind pilonul II si pilonul III de pensii în diverse tari
5. Sistemele de pensii în statele membre si masurile de reforma întreprinse
6. Reforma sistemelor de pensii în diferite tari din Europa Centrala si de Est
7. Caracteristici ale asigurarilor sociale de sanatate din România
8. Organigrama Ministerului Sanatatii si Familiei
9. Organigrama Casei Nationale de Asigurari de Sanatate
10. Prevederi privind problemele de sanatate cuprinse în capitolul 13 „Ocuparea fortei de munca si politica sociala” (10A), în capitolul 2 „Libera circulatie a persoanelor” (10B) si în capitolul 23 „Protectia consumatorilor si a sanatatii” (10C)
11. Conventii bilaterale în domeniul protectiei sociale

## EXECUTIVE SUMMARY

Aderarea la Uniunea Europeana constituie o adevarata provocare pentru România în contextul asumarii cerintelor comunitare de integrare. Aceasta presupune transpunerea în legislatia interna a întregului corp de acte comunitare cunoscute sub denumirea de „acquis comunitar”, precum si capacitatea administrativa si institutionala de a implementa toate aceste dispozitii legale.

În domeniul social, acquis-ul comunitar este strâns legat de una din libertatile fundamentale, libera circulatie a persoanelor, reglementând protectia sociala a persoanelor care circula pe teritoriul Com unitatilor Europene, ameliorarea conditiilor de munca si viata, atingerea unui grad ridicat de ocupare a fortei de munca, precum si dezvoltarea resurselor umane si a dialogului social. În plus, acquis-ul este completat de o serie de recomandari si rezolutii ale Consiliului European, comunicari ale Comisiei Europene, Carti Albe si Verzi, formând asa -numitul „soft acquis”.

România a deschis negocierile de aderare propriu-zise în februarie 2000, în timpul presedintiei suedeze. Pe aceasta cale România s-a angajat sa adopte acquis-ul comunitar în domeniul liberei circulatii a persoanelor si sa alinieze legislatia interna privind ocuparea fortei de munca si politica sociala la normele si standardele comunitare, nesolicitaând nici o perioada de tranzitie sau derogari. România si-a asumat unilateral data de 1 ianuarie 2007 ca ipoteza de lucru pentru încheierea pregatirilor de aderare la Uniunea Europeana<sup>1</sup>.

Documentul de pozitie al României privind capitolul 13 al acqui-ului comunitar „Politica sociala si ocuparea fortei de munca” a fost înaintat oficial Comisiei Europene în mai 2001<sup>2</sup>, negocierile propriu-zise derulându-se în perioada octombrie 2001 – aprilie 2002 când capitolul a fost închis provizoriu. Negocierile pentru capitolul 2 „Libera circulatie a persoanelor” au fost deschise în timpul presedintiei spaniole a Uniunii Europene<sup>3</sup>.

Studiul de fata – Studiul nr. 10 „Masurile care trebuie întreprinse pentru asigurarea compatibilitatii între sistemele de asigurari sociale din UE si România” – își propune sa ofere o privire de ansamblu asupra strategiei Guvernului român în domeniul securitatii sociale prin raportare la cerintele Uniunii Europene ce se regasesc cu precadere în capitolele de negociere 2 „Libera circulatie a persoanelor” si 13 „Ocuparea fortei de munca si politica sociala”. În principal, analiza de fata se va axa pe evaluarea actiunilor si eforturilor întreprinse de România în perspectiva compatibilizarii sistemului national de asigurari sociale cu cele existente în statele membre ale Uniunii Europene.

Studiul se adreseaza nu numai factorilor de decizie români sau oficialitatilor europene, ci si publicului larg. Se doreste ca el sa constituie, în intentia autorilor, un instrument util pentru autoritatile relevante.

---

<sup>1</sup> Document de pozitie al României – Capitolul 2 „Libera circulatie a persoanelor” si Capitolul 13 „Politica sociala si ocuparea fortei de munca” (versiunea în limba româna, disponibile pe Internet, pe site-ul Ministerului Integrarii Europene, [www.mie.ro](http://www.mie.ro))

<sup>2</sup> în timpul presedintiei suedeze (ianuarie – iunie 2001)

<sup>3</sup> ianuarie – iunie 2002

Studiul de fata este structurat în trei parti. În prima parte sunt trecute în revista principalele etape în dezvoltarea unei dimensiunii sociale a procesului de integrare europeana în general si, în special, în cadrul procesului de aderare la Uniunea Europeana a tarilor din Europa Centrala si de Est. Uniunea Europeana si-a dezvoltat o dimensiune sociala în cadrul procesului de integrare comunitara, cuprinzând atât acea parte a acquis-ului comunitar obligatorie pentru toti („hard” acquis), cât si asa numitul „soft” acquis. În ceea ce priveste relatiile cu tarile din Europa Centrala si de Est, aspectele dominant economice si democratice din anii '90<sup>4</sup> sunt completate de o dimensiune sociala. Tot mai frecvent, actorii comunitari reitereaza atingerea unei coeziuni (sociale si economice) cu statele candidate. În final, sunt prezentate progresele înregistrate de România în materia politicii sociale si ocupari fortei de munca în perspectiva aderarii la Uniunea Europeana.

Urmatoarele doua parti trateaza separat sistemul national de pensii (partea a doua) si de sanatate (partea a treia). Fiecare sectiune sintetizeaza acquis-ul relevant pentru cele doua domenii si ofera o privire de ansamblu asupra procesului de reforma a pensiilor si a serviciilor de sanatate din România. Cercetarea noastra nu s-a oprit numai asupra aspectelor strict juridice, ci a luat în considerare si cadrul institutional necesar implementarii eficiente a acquis-ului comunitar. Institutiile relevante au fost create, însa cu o capacitate administrativa limitata.

Sistemul national de pensii se caracteriza la începutul perioadei de tranzitie prin absenta unor dezechilibre majore. Principalele prevederi legale permiteau pensionarea timpurie si numeroase categorii socio-profesionale se bucurau de o serie de privilegii. Principalele variabile care au influentat negativ sustenabilitatea sistemului de pensii din a doua jumatate a anilor 90 sunt analizate în aceasta sectiune. În consecinta o serie de masuri parametrice au fost adoptate de catre Guverne succesive pentru a contracara aceste efecte negative. Cele trei directii de interventie, precum si impactul acestor masuri asupra sustenabilitatii sistemului sunt abordate distinct.

Reforma sistemului de pensii a demarat odata cu intrarea în vigoare a noilor dispozitii legale privind pensiile. Elementele de noutate aduse de noua lege a pensiilor precum si o analiza a impactului acestor masuri dupa un an de implementare încheie sectiunea privind sistemul public de pensii.

În final, sunt aduse în atentie aspecte privind pensiile suplimentare care prezinta importanta pentru factorii de decizie români. Pe fondul unei miscari de reforma a sistemului de pensii, identificarea unor surse financiare alternative destinate finantarii pensiilor constituie una din prioritati majore ale agendei guvernamentale.

Sistemul national de sanatate este prezentat pe parcursul a patru sectiuni. Pentru început este prezentata succint dinamica reformei sanataii în România, fiind aduse în discutie principalele tendinte privind starea de sanatate a populatiei si performanta sistemului de sanatate în ansamblul lui. În plus, deficientele în administrarea sistemului national de sanatate inerente delimitarii deficitare a competentelor dintre Ministerul Sanataii si Familiei si Casa Nationala de Asigurari Sociale de Sanatate. Provocarea majora cu care se confrunta sistemul în prezent consta în introducerea unor constrângeri bugetare severe pentru spitale.

O întreaga sectiune este consacrata acquis-ului comunitar în materie. Principalele reglementari identificate în domeniu sunt Regulamentul 1408/71 si Regulamentul 574/72 asupra coordonarii sistemelor nationale de securitate sociala, destinate ameliorarii liberei

---

<sup>4</sup> criteriile adoptate de Consiliul European de la Copenhaga fac referire atât la capacitatea statelor candidate de a avea o economie de piata eficienta, cât si la existenta unei democratii functionale

circulații a lucrătorilor. O nouă perspectivă se conturează însă în baza deciziilor pronunțate de Căminul European de Justiție, net favorabile pieței unice.

Partea cea mai consistentă a celei de-a treia secțiuni abordează aspecte relevante implementării acquis-ului comunitar atât din perspectiva instituțiilor implicate, cât și a administrării sistemului de sănătate. Analiza instituțională vizează principalii actori (instituționali) cu competențe în administrarea sistemului român de sănătate: Ministerul Sănătății și Familiei și Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, acordându-se atenție și structurilor specializate pe probleme europene. Capacitatea administrativă a instituțiilor competente de a implementa dispozițiile Regulamentelor comunitare în materie constituie un punct aparte. O serie de probleme cu relevanță pentru acquis-ul comunitar sunt și ele abordate, în special cele vizând egalitatea tratamentului între producătorii autohtoni și internaționali în ceea ce privește accesul pe piață și la licitațiile de achiziții publice.

Ultima parte reiterează succint principalele argumente și probleme majore identificate cu prilejul cercetării structurate în jurul a patru puncte: compatibilitatea sistemului național de sănătate cu standardele europene, implementarea acquis-ului comunitar în materie, capacitatea administrativă și sustenabilitatea sistemului de sănătate.

În studiul de față s-a analizat cu precădere problemele cu care se confruntă sistemul românesc de pensii și de sănătate. Mai multe considerente au justificat decizia autorilor de a nu analiza și problema prestațiilor sociale privind somajul. În primul rând, o nouă lege de reglementare a asigurărilor sociale pentru somaj intrată în vigoare la 1 martie 2002, introduce schimbări majore în acest domeniu. În al doilea rând, o evaluare a impactului acestor măsuri este lipsită de temei în condițiile perioadei foarte scurte dintre intrarea în vigoare a legii și finalizarea cercetării noastre. Și, în al treilea rând, constrângeri de timp nu ne-au permis să aprofundăm subiectul data fiind complexitatea reglementărilor în materie atât în legislația română, cât și în cea comunitară.

## METODOLOGIA

Studiul de față se bazează pe cercetarea desfășurată între octombrie 2001 și mai 2002 în șase instituții publice cu responsabilități directe în domeniul protecției sociale: Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Ministerul, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, Ministerul Finanțelor Publice și Consiliul Economic și Social. .

Analiza preliminară a legislației românești în materie de asigurări sociale a permis identificarea instituțiilor în a căror sferă de competență se regăsesc atribuții relevante pentru obiectul cercetării de față. Din considerente de timp și spațiu, studiul se va concentra pe evaluarea activității Ministerului Muncii Solidarității Sociale și Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale pe de-o parte și Ministerului Sănătății și Familiei și Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate, pe de altă parte, în contextul reformei sistemului național de protecție socială.

Studiul legislației asigurărilor sociale nu s-a limitat doar la analiza reglementărilor românești și comunitare în materie, ci a fost extins, înglobând și așa-numitul „soft acquis” și proiecte de legi pentru a avea o viziune de ansamblu asupra întregului proces de reformă. În plus, referirea la cauzistica comunitară (deciziile Curții Europene de Justiție) ne-a ajutat să clarificăm unele aspecte practice legate de exportul de beneficii.

Aceste date au fost completate de analiza secundara a unor documente sociale publicate de Guvernul României (strategii, documente programatice), cât si a documentelor comunitare disponibile pe site-ul oficial al Uniunii Europene.

O serie de interviuri au fost realizate cu functionari publici din institutiile implicate si cu experti implicati în activitati derulate de organizatiile internationale în România<sup>5</sup>. Parlamentari cooptati în diferite etape ale procesului de reforma au fost si ei intervievat. Interviuurile au fost structurate în jurul aspectelor considerate relevante pentru coordonarea sistemelor de securitate sociala.

Doua reuniuni ale partilor interesate<sup>6</sup> organizate în perioada de referinta la care au participat atât înalti functionari public, cât si oficialitati alese au constituit ocazia obtinerii unui proces de feedback. În redactarea finala, am tinut cont si de comentariile si observatiile formulate cu acest prilej.

Surse multiple au fost utilizate pentru colectarea datelor statistice: Anuarul Statistic al României publicat anual de Comisia Nationala d Statistica pentru date generale, publicatiile specializate ale Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale si în final, surse internationale (Banca Mondiala, Programul Natiunilor Unite pentru Dezvoltare, Fondul Monetar International).

În redactarea studiului am fost ghidati de un set de criterii:

- ~~///~~ sustenabilitatea financiara si impactul proiectelor de reforma asupra economiei în ansamblul sau si, în particular, asupra bugetului asigurarilor sociale de stat;
- ~~///~~ conformitatea cu normele si standardele comunitare în contextul coordonarii sistemelor de securitate sociala;
- ~~///~~ fezabilitate în implementare si administrare.

Criteriile au fost astfel formulate încât sa surprinda elementele cheie unei evaluari a oricarei reforme sociale prin raportare la normele si standardele europene.

---

<sup>5</sup> de exemplu, Banca Mondiala

<sup>6</sup> Interest Group Meeting

## **CAPITOLUL 1 INTRODUCERE**

### **1.1 EXTINDEREA UNIUNII EUROPENE: ASPECTE SOCIALE**

Actualul proces de extindere este fara precedent în istoria Uniunii Europene atât în ceea ce priveste obiectivele, cât si în ceea ce priveste fundamentele<sup>7</sup>. Nu numai numarul tarilor candidate este cel mai mare pâna în prezent, dar si aspectele retinute în evaluarea candidaturilor transcend dimensiunea economicului si a politicului<sup>8</sup>, înglobând acum si aspecte sociale.

Actuala extindere este un proces dinamic. Chiar în interiorul Uniunii Europene are loc un proces de reforma, în sensul adâncirii stadiului de integrare comunitara, punând bazele unei dimensiuni sociale în special în sfera ocuparii fortei de munca si a protectiei sociale unde a noua metoda de lucru supranationala si interguvernamentala este lansata. Aspecte privind ocuparea fortei de munca si organizarea sistemului de protectie sociala erau legiferate exclusiv la nivel national în baza principiului subsidiaritatii. Exceptie faceau un numar limitat de domenii (cum ar fi plata egala pentru munca egala) reglementate expres la nivel comunitar prin regulamente si directive. Actiunea colectiva a Statelor Membre în acest câmpuri semnifica stabilirea unui consens asupra obiectivelor comune, asupra principiilor de actiune asa cum sunt prevazute în diferite acte comunitare. Astfel, integrarea traditionala prin mijloace juridice este dublata de un „proces de negociere”<sup>9</sup>.

Concomitent, si tarile candidate se confrunta cu noi provocari pe masura ce își reformeaza sistemele nationale si se orienteaza catre un model de welfare. Influenta organizatiilor internationale cum ar fi Banca Mondiala si a modelor pe care le promoveaza – în special, pentru reforma sistemului de pensii si a serviciilor de sanatate –nu poate fi trecute cu vederea în orice analiza a sistemelor nationale de protectia sociala. Toate aceste actiuni reformatoare intersecteaza la un moment dat eforturile de aderare la Uniunea Europeana a acestor tari în sensul asumarii în totalitate a cerintelor europene.

Cerintele europene se refera în principal la adoptarea întregului corp de acte comunitare care alcatuiesc acquis-ul comunitar (acquis) si la capacitatea de a-si îndeplini obligatiile ce revin în calitate de stat membru. Acquis-ul poate fi restrâns daca avem în vedere numai actele normative cu putere juridica („hard acquis”), sau în sens larg daca înglobam si principiile, liniile directoare, obiectivele comune care alcatuiesc „soft acquis”. În prezent, ambele sensuri sunt integrate în acquis.

\*                      \*  
\*  
\*  
\*

---

<sup>7</sup> “Statistical Yearbook on Central European Countries” (1999), Eurostat, Statistical Office of European Commission, pp 5

<sup>8</sup> o conditie necesara pentru deschiderea negocierilor cu Spania, Portugalia si Grecia a constituit-o stabilitatea institutiilor democratice si respectul drepturilor omului;

<sup>9</sup> discurs al comisarului european pe probleme de politica sociala si ocupare a fortei de munca, Anna Diamantopoulou cu ocazia Comitetului Executiv CES, Bruxelles, 3 decembrie 1999;



Traditional, întreaga legislație socială adoptată la nivel comunitar din 1957 s-a dezvoltat în strânsă legătură cu libera circulație a lucrătorilor<sup>10</sup>. Legislația secundară adoptată în baza prevederilor cuprinse în tratatele de bază s-a concentrat pe aspecte privind egalitatea șanselor, condițiile de muncă și sănătate la locul de muncă, coordonarea schemelor de securitate socială, extinsă în anii 80 și asupra unor aspecte privind dialogul social și legislația muncii.

Coordonarea sistemelor de securitate socială este legiferată prin două acte normative comunitare: Regulamentul 1408/71 privind coordonarea sistemelor de securitate pentru persoanele angajate, lucrătorii independenți și membrii familiilor acestora care se deplasează în Comunitatea Europeană și Regulamentul 574/72 privind procedurile de implementare a Regulamentului CEE 1408/71. În baza reglementărilor de mai sus, persoane și lucrători care desfășoară o activitate independentă, respectiv o activitate remunerabilă pe teritoriul unui stat membru se bucură de aceleași drepturi și obligații ca resortisanții statului unde rezidează. Dincolo de regulile de coordonare care de altfel nu constituie obiectul acestui studiu, reglementele instituie 4 principii în baza cărora se organizează coordonarea sistemelor de securitate socială:

✍ „Nu poate fi aplicabilă decât o singură legislație. Ea asigură protecția persoanelor active ce migrează, în sensul că ele nu trebuie să plătească contribuțiile la asigurările sociale decât într-un Stat Membru și le oferă o garanție că sunt asigurate undeva.”

✍ „Egalitatea tratamentului. Conform legislației oricărui Stat Membru, persoanele active ce migrează au aceleași obligații și aceleași drepturi ca și cetățenii statului respectiv.”

✍ „Pastrarea drepturilor dobândite prin reglementarea transferului de prestații în alte state membre. Astfel pensia dobândită după legea unui Stat Membru se plătește beneficiarului chiar dacă acesta/aceasta este rezident/a în alt Stat Membru.”

✍ „Cumularea perioadelor de asigurare sau reședință. În toate domeniile protecției sociale, dreptul la ajutoare poate fi condiționat de împlinirea termenului de aplicare a unui stagiu minim de cotizare, caz în care perioadele împlinite în alt Stat Membru sunt luate în calcul.”<sup>11</sup>

### **Caseta 1 „Hard Acquis”**

Legislația comunitară privind coordonarea sistemelor naționale de securitate socială:

I. prevederile Tratatului instituind Comunitatea Economică Europeană:

- articolele 39 – 48 (ex articolele 48 – 58) privind libera circulația a persoanelor și dreptul la rezidență, precum și obligativitatea coordonării regimurilor naționale în ceea ce privește drepturile lucrătorilor salariați și a lucrătorilor independenți
- articolele 136 – 148 (ex articolele 117 – 125) cu privire la aspecte specifice ale politicii sociale și Fondul Social European

II. legislația secundară

- Regulamentul CEE 1408/71 din 14 iunie 1971 privind coordonarea sistemelor de securitate pentru persoanele angajate, lucrătorii independenți și membrii familiilor acestora care se deplasează în Comunitatea Europeană

<sup>10</sup> pentru a traduce „workers” și/sau „travailleurs” s-a preferat termenul “lucrători” sau „salariați”.

<sup>11</sup> Cartea Alba – Pregătirea țărilor asociate din Europa Centrală și de Est pentru integrarea în Piața internă a Uniunii Europene

- Regulamentul CEE 574/72 din 21 Martie 1972 privind procedurile de implementare a Regulamentului CEE 1408/71
- deciziile Curtii de Justitie a Comunitatii Europene

Armonizarea normelor nationale în materie de securitate sociala s-a realizat în principala pe cale de regulamente si/sau directive. Aceasta abordare juridica (traditionala) a dominat integrarea europeana pâna în 1989 când Carta privind drepturile fundamentale ale lucratorilor este adoptata.

Rezistenta Statelor Membre fata de încercarile Comisiei Europene de a adânci integrarea comunitara în materia legislatiei sociale, a determinat dezvoltarea unei noi strategii axate pe un nou cadrul de cooperare aplicabil la nivel comunitar si cooptarea activa a partenerilor sociali din Statele Membre. Obiective comune negociate la nivel european, planuri de actiune dezvoltate si implementate la nivel national si local pe un orizont de timp determinat sunt elemente ale noi abordari<sup>12</sup>.

### **Caseta 2 Soft Acquis**

- ☒☒Carta comunitara privind drepturile fundamentale ale lucratorilor (1989)
- ☒☒Recomandarile Consiliului Uniunii Europene (92/441 si 92/442) privind convergenta obiectivelor si politicilor din domeniul social si cu privire la criteriile comune necesare pentru evaluarea necesarului de resurse si asistenta sociala
- ☒☒Cartea Verde a Politicii Sociale Europene (1993)
- ☒☒Cartea Alba a Politicii Sociale Europene (1994)
- ☒☒Comunicarea Comisiei Europene „Viitorul protectiei sociale: cadrul pentru o dezbateri europene” (1995)
- ☒☒Comunicarea Comisiei Europene „Modernizarea si ameliorarea protectiei sociale în Uniunea Europeana” (1997) promovând principiul integrarii dimensiunii sociale în toate politicile si programele comunitare, în special în politica (comunitara) de ocupare a fortei de munca
- ☒☒Titlul VIII „Ocuparea fortei de munca” din Tratatul de la Amsterdam prin care se institutionalizeaza metoda coordonarii actiunii statelor membre în domeniul ocuparii fortei de munca
- ☒☒Comunicarea Comisiei Europene „O strategie concertata în vederea modernizarii sistemelor de protectie sociala” din 1999, cu patru arii de interventie prioritare: pensii, sanatatea, ocuparea fortei de munca si incluziunea sociala.
- ☒☒Agenda Sociala Europeana adoptata de Consiliul European de la Nisa (decembrie 2000)

Dezvoltarea interventiilor comunitare în domeniul social s-a realizat în jurul a trei coordonate majore: dialog social, ocuparea fortei de munca si, de data recenta, sistemele nationale de protectie sociala. Accentul pus pe dialogul social la nivel comunitar s-a dezvoltat începând cu anii 80. Tratatul de la Maastricht si Tratatul de la Amsterdam confera partenerilor sociali europeni<sup>13</sup> oportunitatea de a negocia si a încheia acorduri-cadru la nivel comunitar cu posibilitatea implementarii acestora la nivel national ori integrarea lor

<sup>12</sup> începând cu Consiliul European de la Lisabona aceasta abordare este cunoscuta sub denumirea de „open method of coordination”

<sup>13</sup> la nivel comunitar, partenerii sociali sunt Confederatia Europeana a Sindicatelor (European Trade Union Confederation – ETUC), Uniunea Confederatiilor Patronale si Industriale din Europa (Union of Industrial and Employers’ Confederations of Europe – UNICE) si CEEP (European Centre of Enterprises with Public Participation and of Enterprises of General Economic Interest)

in legislatia comunitara printr-o decizie a Consiliului Europei. În plus, pentru orice propunere pe probleme sociale, Comisia Europeana initiaza procedura de consultare obligatorie cu partenerii sociali. Consiliile Europene de întreprindere<sup>14</sup> si obligativitatea informarii salariatilor fundamenteaza dezvoltarea dialogului social la nivelul întreprinderilor.

Problema ocuparii fortei de munca se regaseste pentru prima data pe agenda europeana în 1994 când la Consiliul European de la Essen o strategie în acest sens si un plan de actiune aferent sunt adoptate. Experienta cumulata va culmina în 1997, la Amsterdam unde un nou titlul – Titlul VIII „Ocuparea fortei de munca” – este încorporat în tratatul de baza. Noutatea adusa de titlul se refera la strategia de cooperare a politicilor nationale în domeniu orientata catre linii directoare anuale si planuri nationale de actiune pentru ocuparea fortei de munca. Prioritatile stabilite la Essen sunt redefinite si încorporate în cadrul unei strategii axate pe patru piloni – ameliorarea capacitatii de angajare, cresterea capacitatii antreprenoriale, adaptabilitatea angajatorilor si a angajatilor si egalitatea sanselor între barbati si femei.

În ultimii ani, aspecte privind protectia sociala încep sa fie abordate la nivel comunitar<sup>15</sup>. Se înscrie în aceasta directie si contributia comuna a Presedintiei finlandeze<sup>16</sup> si a Comisiei Europene la articularea unei strategii comunitare în domeniul protectiei sociale în care accentul cade pe probleme legate de (1) capacitatea de angajare, (2) asigurarea unor surse de venit adecvate pentru pensionari, acordarea îngrijirilor medicale corespunzatoare si (3) integrarea sociala a grupurilor si persoanelor dezavantajate.

În ceea ce priveste pensiile, Comisia Europeana s-a oprit asupra urmatoarelor obiective:

- ☞ complementaritatea dintre politica de ocupare a fortei de munca si cea de pensionare, în special în relatie cu pensionarea anticipata;
- ☞ promovarea conceptului de „îmbatrânire activa”. Acesta implica o prelungire a vietii active, descurajând în acelasi timp pensionarea anticipata. Se adreseaza în principal populatiei în vârsta de peste 45 de ani care la nivel comunitar înregistreaza una din cele mai scazute rate de participare pe piata muncii.
- ☞ extinderea impactului acestei abordari si asupra tinerei generatii.

Diferiti actori comunitari, paradoxal din zona financiar-economica, – ECOFIN, Comitetul de Politica Economica si Banca Central Europeana – au contribuit si ei la dezbatere. Avându-se în vedere natura acestora si pozitia lor „marginala”, contributia lor s-a axat în principal pe analiza problemelor financiare cu care se confrunta sisteme nationale de pensii. De abia în 2000, Consiliul European de la Lisabona a înfiintat Înalt Grup asupra Protectiei Sociale pentru a contrabalansa actiunea actorilor economici în materie.

Uniunea Europeana si-a dezvoltat o dimensiune sociala în cadrul procesului de integrare comunitara, cuprinzând atât acea parte a acquis-ului comunitar obligatorie pentru toti („hard” acquis), cât si asa numitul „soft” acquis. Consensul dintre Statele Membre în o serie de probleme sociale a contribuit la dezvoltarea fara precedent a dimensiunii sociale.

---

<sup>14</sup> European Work Council

<sup>15</sup> publicarea de catre Comisia Europeana a comunicarii “O strategie concertata în vederea modernizarii sistemelor de protectie sociala” COM (99) 346 a marcat momentul abordarii supranationale

<sup>16</sup> iulie-decembrie 1999

Un moment crucial în dezvoltarea relațiilor dintre Uniunea Europeană și țările din Europa Centrală și de Est l-a constituit momentul Copenhaga când la Consiliul European din 1993 s-a convenit asupra criteriilor de aderare<sup>17</sup>. În plus față de adoptarea legislației comunitare, o serie de criterii politice și economice trebuie îndeplinite de țările candidate – criterii care pot fi rezumate la existența instituțiilor democratice funcționale și stabile și la capacitatea economiilor naționale de a face față forțelor competiționale din interiorul Pieței Unice. Noi cerințe au fost adăugate pe parcurs, cum ar fi de exemplu capacitatea administrativă și instituțională de a implementa acquis-ul comunitar.

Extinderea Uniunii Europene este un proces dinamic, încorporând și ultimele noutăți în materie de politică socială comunitară. Aspecte dominat economice sunt completate acum și de aspecte sociale. De asemenea, există un consens în ceea ce privește necesitatea adoptării de către țările candidate nu numai a legislației comunitare în domeniul social, ci și includerea în politica națională a așa numitului „soft acquis”. Aceasta se traduce pentru țările din Europa Centrală și de Est printr-un proces de „recuperare”<sup>18</sup> a diferentelor față de Statele Membre în ceea ce privește dialogul social, ocuparea forței de muncă și modernizarea sistemelor naționale de protecție socială, în timp ce, pe plan intern, un proces de redefinire a profilului de welfare este în plină desfășurare.

Țările candidate au deja instituționalizat dialogul social, însă bazat pe o structură tripartită și care deja manifestă semne de „slăbiciune” datorită slabei reprezentări la nivel intermediar, unei sindicalizări scăzute și construcției instituționale lente.

O privire de ansamblu asupra structurilor de dialog social din țările candidate indică slaba participare a partenerilor sociali în procesul de luare a deciziilor, precum și existența sindicatelor și a organizațiilor patronale slabe din punct de vedere instituțional. Cu toate acestea, se observă o creștere a contactelor cu partenerii sociali din statele membre ale Uniunii Europene<sup>19</sup>.

În 2001, toate țările candidate au semnat acorduri de participare la Strategia Europeană de Ocupare a Forței de Muncă (European Employment Strategy), iar Planurile Naționale de Ocupare a Forței de Muncă au fost elaborate în conformitate cu cei patru piloni ai strategiei. Evaluarea impactului acestui model rămâne deschisă atâta timp cât nu există certitudine privind compatibilitatea modelului european cu instituțiile pieței muncii din țările candidate. S-a argumentat că modelul european dezvoltat în contextul specific al Uniunii Europene este greu de implementat în țările candidate. Și totuși, în ciuda incompatibilităților structurale observate, utilitatea acestui exercițiu nu poate fi trecută cu vederea – participarea țărilor candidate constituie pentru acestea un exercițiu util în identificarea și prioritizarea acțiunilor de pe piața muncii.

În ceea ce privește protecția socială, Comisia Europeană are în vedere semnarea cu țările candidate a unui Memorandum<sup>20</sup> care să le permită să participe la un exercițiu asemănător celui din domeniul ocupării forței de muncă.

Procesul de integrare europeană a țărilor din Europa Centrală și de Est se intersectează la un punct cu procesul de reformă internă. Și aceasta cu atât mai mult Uniunea Europeană

---

<sup>17</sup> cunoscute și ca „criteriile de la Copenhaga”

<sup>18</sup> „catching-up”

<sup>19</sup> un exemplu îl constituie „Conferința partenerilor sociali pe probleme de extindere” („The Conference of Social Partners on Enlargement”) de la Varșovia, 1999.

<sup>20</sup> Joint Inclusion Memorandum

poate modela politica sociala a tarilor candidate, dar si alte organizatii internationale pot promova cu succes propriile modele.

Ceea ce caracterizeaza primii ani ai procesului reformativ din zona este absenta unui model. Pe de -a parte, modelul de welfare dezvoltat de Statele Membre variaza de la cel minimalist (anglo-saxon) la cel universal (nordic)<sup>21</sup>. Pe de alta parte, având în vedere conditionalitatea asistentei financiare din partea organizatiilor internationale cum ar fi Banca Mondiala, modelul liberal promovat de aceasta din urma se regaseste cu precadere în tarile din Europa Centrala si de Est, fapt valabil în special în ceea ce priveste reforma sistemului de asistenta medicala si a sistemului national de pensii în zona. În domeniul pensiilor, strategia celor trei piloni promovata de Banca Mondiala a fost implementata în majoritatea tarilor din zona.

## 1.2 PROCESUL DE MONITORIZARE A ROMÂNIEI

Începând cu 1997<sup>22</sup>, Comisia Europeana publica în fiecare an, în noiembrie, rapoarte de evaluare asupra progreselor realizate de fiecare tara candidata. Rapoartele urmaresc în principal progresese înregistrate de fiecare tara candidata pe parcursul unui an<sup>23</sup>, luând în considerare nu numai aspectele legislative<sup>24</sup>, dar si capacitatea administrativa si institutionala necesara implementarii legislatiei comunitare.

Câteva precizari se impun. În primul rând, se au în vedere acele initiativele legislative adoptate conform uzantelor constitutionale proprii fiecărei tari în perioada de referinta, cu o prima evaluare a compatibilitatii lor cu legislatia europeana în materie.

În al doilea rând, trebuie mentionat ca, cu exceptia statelor candidate din grupul de la Luxemburg<sup>25</sup>, primele rapoarte de evaluare a progresului tarilor asociate s-au fundamentat pe „Cartea Alba”<sup>26</sup> în care doar parti ale acquis-ului comunitar, cu relevanta pentru Piata Unica erau obligatorii pentru tarile asociate. Ultimele doua rapoarte periodice – din 2000 si 2001 – au în vedere întreaga legislatie europeana în vigoare care trebuie nu numai transpusa, dar si implementata în jurisdicia interna a tarilor candidate.

În 1995, Cartea Alba stabilea masurile legislative prioritare pentru participarea tarilor asociate la Piata Interna. Acquis-ul social viza urmatoarele domenii:

- ?? legislatia muncii, conditiile de munca, insistându-se asupra dialogului social
- ?? egalitatea sanselor între femei si barbati
- ?? sanatatea si securitatea la locul de munca

---

<sup>21</sup> Caroline de la Porte, “Enjeux et perspectives de la dimension sociale de l’elargissement”, pp 2-3, în “Revue belge de Securite Sociale”, vol. 43, 2000

<sup>22</sup> 1997 este anul în care primul grup de tari asociate – Ungaria, Polonia, Cehia, Estonia, Cipru si Slovenia - deschide negocierile de aderare la Uniunea Europeana. Decizia Consiliului European de la Luxemburg (decembrie 1997) s-a fundamentat pe opiniile Comisiei Europene cu privire la cererile de aderare a tarilor din Europa Centrala si de Est.

<sup>23</sup> de regula din septembrie an precedent – septembrie an curent

<sup>24</sup> transpunerea în legislatia interna a acquis-ului comunitar

<sup>25</sup> în 1997, sase tari din Europa Centrala si de Est au fost invitate sa deschida negocierile de aderare; este vorba de Ungaria, Polonia, Cehia, Estonia, Slovenia si Malta, denumite în literatura „tarile din primul val”.

<sup>26</sup> “Cartea Alba – Pregatirea tarilor asociate din Europa Centrala si de Est pentru integrarea în Piata Interna a Uniunii Europene”

?? coordonarea sistemelor de securitate sociala si

?? produse din tutun.

Primelor patru arii de interventie li s-au adaugat în momentul deschiderii negocierilor de aderare si alte aspecte privind politica sociala si de ocupare a fortei de munca la nivel comunitar:

?? lupta împotriva discriminarii

?? ocuparea fortei de munca

?? securitatea sociala, persoanele în vârsta si excluziunea sociala

?? persoanele cu handicap.

Tabelul de mai jos sintetizeaza progresele atinse de România, precum si observatiile raportorilor eur openi asa cum sunt ele prezentate în „Raportul periodic privind progresele realizate de România în vederea aderarii”, 1998 – 2001 si „Opinia Comisiei Europene cu privire la cererea de aderare a României la Uniunea Europeana”, iulie 1997.

**Tabelul 1: Progresele înregistrate de România, așa cum reies din Raportul Periodic al Comisiei Europene**

Domeniu de activitate  Legislatia muncii	An 1997	este remarcata absenta unor acte normative comunitare din legislatia româneasca, cu referire în special la protectia salariatilor în caz de insolvabilitate a angajatorului, în caz de transfer ori în situatia concedierilor colective
	1998	este mentionata transpunerea partiala a normelor comunitare în materia concedierilor colective si a protectiei salariatilor în caz de insolvabilitate a angajatorului
	1999	în ciuda modificarilor aduse legislatiei privind platile compensatorii si întrarii în vigoare a Legii privind Inspectia Muncii, o serie de acte normative comunitare nu au fost înca transpuse în legislatia interna - raportul face referire în special la directiva privind „Comitetele europene de întreprindere”
	2000	cu toate ca unele legi sunt amendate, adoptarea noului Cod al Muncii este amânata
	2001	amânarea adoptarii noului Cod al Muncii stârnete îngrijorare
Dialogul social	1997	desi structurile de dialog social sunt create, functionarea lor efectiva este pusa sub semnul întrebării avându-se în vedere dezvoltarea institutionala slaba a partenerilor sociali
	1998	noua lege de înfiintare a Consiliului Economic si Social, ca noua structura de dialog social, nu raspunde decât într-o mica masura problemelor institutionale cu care se confrunta partenerii sociali
	1999 2000	se recomanda ca o atentie deosebita sa se acorde acordurilor (contractelor) bilaterale. atât încheierea de acorduri tripartite, cât si absenta structurilor de dialog social din întreprinderile private (în special în IMM-uri) sunt criticate
	2001	principalele actiuni în domeniu sunt legate de numirea unui secretar de stat responsabil cu relatia cusindicatele si patronatele în fiecare minister si semnarea unui nou acord social cu partenerii sociali. Aspecte legate de participarea salariatilor si încheierea unor acorduri bilaterale (sindicate – patronate) la nivelul întreprinderii ramân în suspensie
Egalitatea sanselor între barbati si femei	1997	este observata necesitatea adoptarii legislatiei cu privire la protectia salariatelor însarcinate si la concediul parental
	1998	unicul rezultat în domeniu se refera la adoptarea legii privind concediul parental

si lupta împotriva discriminarii	1999	legislatia de baza în materia egalitatii de sanse între barbati si femei este transpusa în totalitate, însa sunt necesare masuri ulterioare de armonizare a prevederilor privind accesul la angajare, formare profesionala si promovare, privind securitatea si sanatatea la locul de munca a salariatelor însărcinate si privind sarcina probatorie în procesele de discriminare bazata pe sex. De asemenea se insista asupra îmbunatatirii capacitatii administrative a institutiilor responsabile cu implementarea si controlul legislatiei în domeniu
	2000	si în acest an progrese limitate sunt mentionate: înfiintarea Comisiei consultative interministeriale în domeniul egalitatii de sanse între femei si barbati (CODES) si adoptarea Ordonantei de Guvern privind prevenirea si sanctionarea tuturor formelor de discriminare
	2001	adoptarea Planului National de Actiune pentru Egalitatea de Sanse între Femei si Barbati constituie un progres însa lipsa unor initiative clare în ceea ce priveste implementarea este un regres
Sanatatea si securitatea la locul de munca	1997	o noua lege privind protectia muncii în conformitate cu standardele europene este adoptata, dar standardele de inspectie sunt înca limitate ca numar
	1998	desi legislatia româneasca în domeniu este armonizata cu standardele europene, capacitatea administrativa a institutiilor cu atributii în domeniu continua sa fie slaba, motiv pentru care înfiintarea Inspectiei Muncii este întârziata
	1999	capacitatea de implementare a legislatiei specifica este pusa sub semnul întrebării
	2000	înfiintarea Inspectiei Muncii nu rezolva problemele legate de functionarea efectiva a acestei institutii care ramâne în continuare slaba
	2001	sunt mentionate noi initiative legislative în materie: adoptarea Hotarârii de Guvern privind criteriile si metodologia de încadrare a locurilor de munca în conditii deosebite
Coordonarea sistemelor de securitatea sociala	1997	sistemul national de asigurari sociale se confrunta cu o criza financiara datorata gradului redus de colectare a contributiilor. În plus, este criticat procentul redus din PIB alocat cheltuielilor privind protectia sociala cu repercusiuni asupra nivelului de trai a beneficiarilor sistemului, precum si inegalitatile generate de sistemul în vigoare. Având în vedere problemele cu care se confrunta sistemul national de asigurari sociale, capacitatea acestuia de a aplica regulile de coordonare prevazute de Regulamentul 1408/71 si Regulamentul 572/72 este pusa sub semnul întrebării.
	1998	-



	1999	în ciuda masurilor suplimentare adoptate pentru a îmbunătăți gradul de colectare, aceste ramâne în continuare scăzut
	2000	intrarea în vigoare a noii legi a pensiilor permite transferul parțial a drepturilor și beneficiilor acumulate pe teritoriul României în alte state cu care România are încheiate acorduri în acest sens. Necesitatea întăririi capacității administrative a instituțiilor abilitate în domeniu este reiterată.
	2001	Necesitatea dezvoltării unor structuri administrative necesare coordonării sistemului de securitate socială cu cele din alte țări, precum și instruirea adecvată a personalului sunt subliniate. România este încurajată să continue negocierile cu Statele Membre în vederea încheierii de acorduri bilaterale privind exportul de beneficii.
Sistemul medical	1997	-
	1998	sunt listate măsurile legislative inițiate de Guvern în vederea intrării în vigoare a noii legii privind asigurările sociale de sănătate.
	1999	Nu se poate evalua impactul legii privind asigurările sociale de sănătate datorită perioadei scurte de aplicare.
	2000	este menționată starea precară a sănătății populației datorată, printre altele, veniturilor reduse ale populației, poluării mediului, locuințelor improprii, calității precare a unor servicii medicale dublate și de accesul limitat la aceste servicii.
	2001	furnizarea serviciilor medicale, precum și calitatea acestora este determinată negativ de procentul mic din PIB alocat sectorului medical. România este încurajată să continue reforma în domeniul asistenței medicale, însă o atenție deosebită ar trebui acordată planificării strategice a resurselor umane și financiare.

Sursa: „Opinia Comisiei Europene cu privire la cererea de aderare a României la Uniunea Europeană”, iulie 1997;  
„Raportul pe riodic al Comisiei Europene asupra progreselor realizate înregistrate de România în vederea aderării”, 1998 – 2001

## **CAPITOL 2 SISTEMUL DE PENSII ROMÂNESC**

### **2.1 PASI ÎN REFORMA SISTEMULUI NATIONAL DE PENSII. CADRUL LEGAL SI INSTITUTIONAL**

#### ***2.1.1 Vechiul sistem public de pensii – prezentare generala***

În România, sistemul national de pensii era de tip „pay-as-you-go” (PAYG) în care cheltuielile pentru pensii curente sunt acoperite de contributia generatiei active, urmând ca propriile lor pensii sa fie finantate de generatiile viitoare. În cadrul sistemul public erau acordate pensii pentru limita de vârsta, pensii de invaliditate si de urmas, precum si alte prestatii sociale<sup>27</sup>.

Organizarea si functionarea sistemului public de pensii în România era reglementat de legea 3/1977. De asemenea, erau cuprinse în lege si prevederi asupra pensiei suplimentare, a pensionarii anticipate si asupra unor aspecte legate de asistenta sociala. Mutatiile majore induse de perioada de tranzitie au determinat si unele schimbari ale cadrului legislativ, legea 3/1977 fiind amendata succesiv dupa 1990.

Salariatii încadrati cu contract de munca erau asiguratii în mod obligatoriu în cadrul sistemului public de pensii. Erau acoperiti prin masuri asemanatoare avocatii, cadrele militare din Ministerul Apararii Militare si Ministerul de Interne, clerul bisericilor non-ortodoxe. Amendamentele succesive la legea 3/1977 nu au vizat si includerea în sfera beneficiarilor a unor categorii socio-profesionale care apar dupa 1990: persoanele care desfasoara o activitate independenta ori liberi-profesionistii, persoanele angajate cu conventii civile de prestari servicii, someri.

Dreptul la pensie lua nastere în momentul îndeplinirii cumulative a conditiilor privind vârsta legala de pensionare si vechimea în munca. Vârsta standard de pensionare era de 57 ani pentru femei, respectiv 62 ani pentru barbati, în realitate însa, în conditiile pensionarii anticipate la 52 de ani pentru femei si 57 de ani pentru barbati, vârsta medie la pensionare ajunsese 51 pentru femei, respectiv 56 pentru barbati<sup>28</sup>. La aceasta se adauga vechimea completa în munca de 25 de ani pentru femei si 30 de ani pentru barbati.

Unicul criteriu de eligibilitate pentru pensionarea anticipata îl constituia vechimea completa în munca - 25 de ani pentru femei si 30 de ani pentru barbati – . Într-o prima etapa, în baza Legii 3/1977, persoanele cu vechime completa în munca se puteau pensiona la cerere cu cel puțin 2 ani înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare; ulterior, Legea 2/1995 privind pensionarea anticipata, mareste respectiva perioada la 5 ani. Persoanele încadrate în munca si somerii au fost categoriile socio-profesionale care au beneficiat în mod special de aceste prevederi favorabile pensionarii. Persoanele încadrare în grupe speciale de munca<sup>29</sup> beneficiau pentru fiecare an de încadrare de un spor de vechime de 3 – 6 luni. Somerii înregistrati, la expirarea perioadei de acordare a

---

<sup>27</sup> cum ar fi concediile medicale si concediile de maternitate

<sup>28</sup> Gerry Mangan, “ Romanian Pension System and Reform”, lucrare prezentata la Conferinta comuna Banca Mondiala/IIASA, în colaborare cu Comunitatea Europeana si Guvernul Austriac, Viena, aprilie 2001

<sup>29</sup> în legislatia româna erau reglementate 3 grupe de munca: grupa III care corespunde conditiilor normale de munca, grupa II si grupa I corespunzând muncii desfasurate în conditii deosebite;

sprijinului financiar<sup>30</sup>, având vechime completa în munca, intrau sub incidența legii privind pensionarea anticipată.

Există și un Fond pentru pensia suplimentară la care contribuiau în mod obligatoriu toți salariații asigurați în sistemul public. Perioada minimă de contribuție era de 5 ani, la pensionare asigurații putând beneficia de o mărire a cuantumului pensiei de maxim 12%.

Baza de calcul pentru stabilirea cuantumului pensiei îl reprezenta media veniturilor obținute pe parcursul a 5 ani consecutivi din ultimii 10 ani de muncă. Venitul de referință îl constituia salariul brut de bază însumat cu o serie de sporuri permanente<sup>31</sup>.

Sistemul public de pensii era finanțat în întregime de contribuțiile platite integral de angajatorii. Salariații contribuiau doar cu un procent de 2%<sup>32</sup> la Fondul pentru pensia suplimentară. Subvențiile de la bugetul de stat au constituit o sursă suplimentară de venituri în contextul deficitelor succesive<sup>33</sup> înregistrate de bugetul asigurărilor sociale de stat.

Totalitatea contribuțiilor pentru asigurări sociale erau depuse în conturi deschise la Trezoreria Statului și utilizate pentru plata obligațiilor curente (a pensiilor actuale). Doar contribuțiile colectate la Fondul pentru pensia suplimentară virate, potrivit legii<sup>34</sup>, într-un cont special deschis la C.E.C., erau generatoare de venit.

Autoritatea publică responsabilă cu administrarea sistemului public de pensii și a Fondului pentru pensia suplimentară era Ministerul Muncii și Solidarității Sociale<sup>35</sup> prin instituțiile aflate în subordinea sa. Oficiul Central de Plata a Pensiilor, din cadrul ministerului, era structura responsabilă cu plata beneficiilor și elaborarea documentelor de plată, în timp ce oficiile de pensii județene și a Municipiului București înregistrau și procesau cererile de pensionare și soluționau eventualele reclamații. Pe ansamblu, administrarea sistemului era puternic centralizată, ineficientă din punct de vedere al costurilor și cu o capacitate de colectare a datelor limitată.

Sistemul public era completat de multiple sisteme de pensii constituite pe profesii – au existat sisteme de asigurări sociale și pensii ale avocaților, agricultorilor, personalului militar și a personalului din structurile Ministerului de Interne, artiștilor, scriitorilor și compozitorilor, cultelor religioase recunoscute prin lege. Majoritatea acestor sisteme au fost integrate în sistemul asigurărilor sociale de stat începând cu 1992<sup>36</sup>.

### **2.1.2 Puncte critice**

La începutul perioadei de tranziție, sistemul public de pensii românesc se caracteriza prin absența unor dezechilibre majore. Nu numai raportul dintre pensionari și contribuabili era supraunitar, dar și ratele de participare a populației pe piața muncii înregistrau valori

---

<sup>30</sup> ajutorul de somaj și alocația de sprijin se acordă pe o perioadă de 27 de luni (legea 1/1991 privind protecția și

<sup>31</sup> Cum ar fi sporul de vechime

<sup>32</sup> din 1986 până în 1999 procentul va fi de 3%.

<sup>33</sup> ponderea deficitelor bugetare în PIB a variat permanent, cea mai mare valoare a fost înregistrată în 1998 – 0.87%, în timp ce cea mai mică valoare de 0.023 s-a înregistrat în 1997.

<sup>34</sup> Legea 3/1977

<sup>35</sup> până în 2001 titulatura ministerului a fost de Ministerul Muncii și Securității Sociale; pentru simplificarea pe parcursul studiului va fi utilizată numai denumirea actuală – Ministerul Muncii și Solidarității Sociale

<sup>36</sup> în prezent numai avocații și militarii mai au propriul sistem de asigurări sociale.

ridicate. În consecință, bugetul asigurărilor sociale de stat era excedentar, cel puțin în primii 5 ani după 1989, iar rata de înlocuire a veniturilor salariale cu pensia s-a menținut la niveluri ridicate. Acțiunea combinată a mai multor factori – raportul de dependență, condițiile dificile de pe piața muncii (cum ar fi somajul ridicat), și, nu în ultimul rând, situația economică – au avut un impact negativ asupra cheltuielilor publice cu pensiile și asupra sustenabilității sistemului. Evoluția acestor factori pe parcursul anilor 90 este prezentată în tabelul 2.

Tabel 2

An	C/PIB	60+/(15-59) Rata de dependență	POP(EMP)/(15-60) Participarea forței de muncă	AVE PEN/ AVE WAGE Rata de înlocuire
1990	6.5	25.76	N/A	44.69
1991	6.0	26.21	N/A	45.05
1992	6.4	27.16	81.4	43.64
1993	6.5	27.51	78.4	45.20
1994	6.5	27.81	77.7	43.27
1995	6.9	28.14	71.9	40.78
1996	6.9	28.44	68.1	38.60
1997	6.4	28.85	67.0	40.33
1998	7.1	29.30	66.4	39.13
1999	7.4	29.55	N/A	35.00
2000	7.1	29.82	N/A	38.93

Surse: CNS, PNUD

C/PIB – ponderea cheltuielilor cu pensiile în Produsul Intern Brut (PIB)

N/A – nu dispunem de date

POP (EMP) – populația angajată

AVE PEN – pensia medie

AVE WAGE – salariul mediu pe economie

Ponderea cheltuielilor publice cu pensiile în PIB se află în strânsă legătură cu participarea populației pe piața muncii. O scădere a numărului absolut de contribuabili nu constituie o explicație viabilă pentru nivelurile scăzute ale cheltuielilor cu pensiile înregistrate în România, mai degrabă ele pot fi atribuite veniturilor mici colectate la bugetul asigurărilor sociale de stat. Dinamica pozitivă a sectorului informal, restanțele mari la bugetul asigurărilor sociale de stat au erodat nivelul veniturilor disponibile, în ciuda unor valori ridicate ale participării populației pe piața muncii.

Nivelul ratelor de dependență<sup>37</sup> au fost (și încă sunt) întotdeauna mai mici în România decât în alte țări din zonă<sup>38</sup>. În anii 90, se observa însă o creștere graduală a acestora, în 2000 atingând pragul de 30%, dar proporția populației în vârstă de peste 65 de ani se menține sub 15%.

În acest context, condițiile demografice din România nu constituie motorul reformei în domeniul pensiilor, însă pe termen lung ele nu pot fi ignorate. Datele și proiecțiile specialiștilor indică o scădere a populației tinere pe fondul unei rate de creștere naturală negative, în timp ce ponderea populației peste 65 de ani se află în creștere. În 2020,

<sup>37</sup> definit ca proporția populației în vârstă de peste 65 de ani în totalul populației active

<sup>38</sup> De exemplu, Ungaria

proportia populatiei în vârsta de peste 65 de ani în totalul populatiei active va depasi pragul de 20% (tabelul 3)

**Tabel 3: Rata de dependenta: tendinte**

	(0-14&60+)/(15-64)	65+/(15-64)	65+/(0-14)
1999	47%	19%	70%
2010	42%	20%	91%
2020	43%	22%	110%

Sursa: CNS

Înrautătirea situatiei se justifica prin schimbarile radicale înregistrate de raportul dintre pensionari si contribuabili (raportul de dependenta al sistemului). În decursul unei decade, raportul a scazut mai mult de jumătate, de la 3,43 în 1990 la 1,2 în 2000, asa cum reiese si din tabelul 4. În termeni absoluti, numarul pensionarilor practic s-a dublat, în timp ce, în acelasi interval de timp numarul contribuabililor s-a înjumatatit. În 1990, aproximativ 8,159 milioane salariatii finantau pensiile a 2,380 milioane pensionari, în 2000 situatia era aproape egala, cu 4,458 salariatii contribuind la plata a 4,246 pensii<sup>39</sup>.

Cresterea fara precedent a numarului pensionarilor se datoreaza, printre altele, conditiilor mai putin stricte privind pensionarea anticipata si pensionarea pe caz de boala (pensia de invaliditate). Aceasta tendinta de crestere a pensionarilor coroborata cu fenomenul muncii la negru si restantele mari la bugetul asigurarilor sociale de stat completeaza tabloul obstacolelor majore cu care se confrunta sistemul public.

**Tabel 4 Dinamica raportului de dependenta**

Contribuabili/ pensionari	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	3.43	2.69	2.17	2.10	1.91	1.75	1.63	1.48	1.32	1.16	1.05

Sursa: CNS

În contextul crizei financiare pe care o traverseaza sistemul public, ratele de înlocuire a veniturilor salariale cu pensia au scazut în continuu, ducând la o saracie a populatiei de peste 65 de ani. Masurile de recorelare a pensiilor promovate de Cabinet au ramas însa fara efect, în conditiile în care indexarea pensiilor se raporta la o rata inferioara ratei inflatiei.

Inflatia a erodat si ea valoarea reala a veniturilor, cea mai afectata categorie socio-profesionala fiind pensionarii a caror putere de cumparare a scazut continuu asa cum reiese si din tabelul 5, în ciuda masurilor de indexare adoptate trimestrial de Guvernul român.

**Table 5 Saracia absoluta masurata de valoarea reala a pensiei medii**

Pensia reala medie (%)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	100	77.5	63.7	56.5	55.3	61.2	62.8	49.7	48.5	50.4	46.9

Sursa: CNS

Tendintele de mai sus au avut un impact si asupra structurii cheltuielilor publice cu pensiile si au afectat sustenabilitatea financiara a sistemului (tabel 6). Asa cum am aratat

<sup>39</sup> Anuarul Statistic al României, CNS, 1990 – 2000

mai sus, bugetul asigurarilor sociale de stat a înregistrat deficite succesive, în ciuda cresterii ponderii cheltuielilor cu pensiile în PIB. În plus, cresterea observabila la nivelul anului 1998 în cazul ponderii în PIB a cheltuielilor cu pensiile este datorata ameliorarii capacitatii de colectare a contributiilor sociale<sup>40</sup> si nu unei cresteri în termeni absoluti a contribuabililor.

**Tabel 6 Situatia financiara a fondurilor pentru pensii**

	Venituri (% PIB)	Deficit (% PIB)	Venituri (mil. lei 1990)	Cheltuieli (mil. lei 1990)
1991	7.44	+0.41	607.23	573.90
1992	7.77	+1.06	558.50	482.05
1993	6.59	+0.70	440.28	393.28
1994	5.65	+0.10	397.62	390.37
1995	5.44	-0.23	419.67	437.32
1996	5.43	-0.17	455.21	469.59
1997	5.26	-0.02	397.99	399.73
1998	6.81	-1.01	438.16	503.42
1999	7.35	-0.25	492.56	508.75

Sursa: CNS

Sustenabilitatea financiara a sistemului public de pensii a fost serios compromisa de pensionarea excesiva (în special pensionarea anticipata si pe caz de boala), eludarea bugetului asigurarilor sociale de stat de importante venituri (prin neplata contributiilor legale si întârzieri mari) si incapacitatea acestuia de a asigura un nivel adecvat al veniturilor pentru beneficiari (pensionari).

### 2.1.3 Reforma parametrice

Din a doua decada a anilor 90, sistemul public românesc de pensii se confrunta cu o serie de dezechilibre. Guvernele care s-au succedat în aceasta perioada au adoptat o serie de masuri parametrice menite a asigura sustenabilitatea sistemului. Directiile de interventie au fost în numar de trei: masurile adoptate au vizat în primul rând viabilitatea financiara a sistemului de pensii; în al doilea rând s-a urmarit asigurarea unor venituri adecvate pentru pensionari; si în final, simplificarea administratiei sistemului.

În primul rând, sa avut în vedere pe de-o parte cresterea veniturilor la bugetul asigurarilor sociale de stat, iar pe de alta parte, stabilizarea cheltuielilor pensiilor publice cu pensiile. Se înscriu în aceasta directie masurile de crestere a contributiilor colectate la bugetul asigurarilor sociale de stat care practic s-au dublat în decursul acestei decade (de la 15% in 1990, la 30% in 2000). Aceeasi tendinta de crestere se observa si în cazul contributiilor pentru pensia suplimentara de la 3% in 1986, la 5% din 1999<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> ponderea veniturilor bugetului asigurarilor sociale în PIB creste de la 5.26% (în 1997) la 6.81% (în 1998), conform datelor furnizate de Comisia Nationala de Statistica.

<sup>41</sup> Dispozitiile privind contributia de 5% pentru pensia suplimentara au fost aplicabile pana in aprilie 2001 când noua lege a pensiilor – L19/2000 – a intrat în vigoare.

Proliferarea fara precedent a numarului locurilor de munca în grupe speciale de munca cu consecinte asupra numarului pensionarilor<sup>42</sup> a motivat introducerea unei contributii diferite pe grupe de munca<sup>43</sup>. Daca în 1992 angajatorii contribuiau într-un procent cuprins între 25 % si 35%<sup>44</sup>, din 1999 valorile erau cuprinse între 30% si 35%<sup>45</sup>. În medie, contributiile pentru asigurari sociale au crescut de la 30% în 1992 la 35% în 2000.

Se observa si o ameliorare a gradului de acoperire în sistemul public: începând cu 1995, persoanelor care desfasoara activitati independente si celor angajati în baza conventiilor civile de munca li se ofera posibilitatea de a încheia contracte de asigurari sociale, beneficiind astfel de aceleasi drepturi ca si persoanele asigurate obligatoriu în sistemul public.

În final, unele prestatii sociale finantate de la bugetul asigurarilor sociale de stat sunt transferate catre alte institutii: din 1995, ajutorul social este finantat de la bugetele locale, iar din 1998, majoritatea cheltuielilor medicale – de exemplu, cele privind rambursarea medicamentelor, dotarea persoanelor cu handicap cu proteze – sunt finantate din Fondul de Asigurari Sociale de Sanatate. În prezent, din bugetul asigurarilor de stat sunt finantate cheltuielile cu pensiile, boala (pierderea capacitatii de munca), invaliditate, cu pensiile si ajutoare pentru urmasi. Principalele prestatii sociale finantate, partial sau integral, de la bugetul asigurarilor sociale de stat sunt listate în tabelul 8.

**Tabel 8 Principalele prestatii de asigurari sociale finantate din bugetul asigurarilor sociale**

Prestatii	Gradul de acoperire
Pensii pentru limita de vârsta Pensii de invaliditate Pensii de urmas Prestatii pentru prevenirea îmbolnavirilor si recuperarea capacitatii de munca Indemnizatii pentru maternitate Indemnizatii pentru cresterea si îngrijirea copiilor <sup>46</sup>	sunt finantate integral de la bugetul asigurarilor sociale de stat
Indemnizatie pentru incapacitate temporara de munca	Co-finantare de la bugetul asigurarilor sociale de stat si angajator

Sursa: Legea 19/2000 privind sistemul public de pensii

În al doilea rând, au fost adoptate masuri care vizau mentinerea valorii reale a pensiilor. Un mecanism de indexare a pensiilor în raport cu inflatia a constituit metoda predilecta utilizata de factori de decizie. În realitate, indexarea pensiilor s-a facut cu un procent mai

<sup>42</sup> Persoanele încadrate într-o grupa speciala de munca beneficiau la pensionare de un spor de vechime de 3, respectiv 6 luni pentru fiecare an de munca în aceste conditii, existând posibilitatea pensionarii anticipate înainte de împlinirea vârstei standard de pensionare. Crestea numarului de pensionari este si rezultatul numarului mare de pensionari anticipate.

<sup>43</sup> Legislatia româneasca distinge trei grupe de munca: astfel în grupa a III de munca (conditii normale) sunt încadrate majoritatea salariatilor, grupa a II a grupeaza în special locurile de munca din transporturi si industria grea si chimica, în timp ce în grupa I de regasesc majoritatea locurilor de munca din minerit

<sup>44</sup> prin legea 49/1992 contributia pentru asigurari sociale se diferentiaza astfel: grupa III – 25%, grupa II – 30%, grupa I – 35%.

<sup>45</sup> Ordonanta de Urgenta 2/1999 – grupa III – 30%, grupa II – 35%, grupa I – 40%.

<sup>46</sup> se acorda alocatii persoanelor care au în îngrijire copii pâna la 2 ani (respectiv 3 ani în cazul copiilor cu handicap); pentru îngrijirea copiilor bolnavi, indemnizatia se acorda pâna la împlinirea vârstei de 7 ani (respectiv 18 ani în cazul copiilor cu handicap)

mic decât inflația, fapt reflectat și în descreșterea raportului dintre pensia medie de asigurări sociale și salariu mediu pe economie cu 50%<sup>47</sup>. Tabelul 5 detaliază evoluția valorii reale a pensiei în decursul unei decade.

Mecanismul de ajustare compensă, pe de altă parte, și inegalitățile generate de modul de calcul al pensiilor și de indexările parțiale ale pensiilor. Baza de calcul pentru cuantumul pensiilor nu era corelată cu rata inflației decât parțial, generând quantum-uri diferite pe generații de pensionari.

Trimestrial, pentru a asigura un nivel adecvat al venit pensionarilor și a diminua inegalitățile crescând între generații de pensionari, Guvernul indexa pensiile, însă aceste măsuri de recorelare au fost (și sunt) limitate de disponibilul de resurse financiare. În anul 2000 a fost demarat un nou program de recorelare a pensiilor ce se va încheia până în 2004. Tabelul 7 prezintă principalele măsuri de recorelare adoptate de Guvern din 1996 .

**Table 7 Planuri de recorelare a pensiilor 1996 - 2001**

	Implementare	Creșteri procentuale
Pensiile de stat		
1996	1996	19.7 %
1998	1998	5.0 %
1999	1999	0.1 %
2000	2002 – 2004	21.5 %
2001		
Pensiile agricultorilor		
2000	2000	47.2 %
2002	2002 – 2004	

Sursa: Banca Mondială „Pension System in Review” (date provenind din surse naționale)

În al treilea rând, o serie de acte normative au vizat simplificarea administrării propriu-zise sistemului public de pensii: între 1993 – 1998 diverse scheme ocupationale sunt integrate în sistemul general, astfel încât în prezent numai avocații și cadrele militare mai beneficiază de un regim propriu al asigurărilor sociale.

#### **2.2.4 Reforma sistemului național de pensii: primele măsuri**

Adoptarea Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de securitate socială, a marcat începutul reformei sistemului de pensii românesc. Se aveau în vedere atât revizuirea sistemului PAYG, cât și introducerea unor surse alternative de finanțare. Modelul promovat de Guvernele României<sup>48</sup> a fost inspirat de „modelul celor trei piloni”<sup>49</sup> susținut de Banca Mondială și de alte instituții financiare internaționale.

România a inițiat o strategie de reformă care are la bază un cadru ce solicită diversificarea surselor de finanțare a sistemului de pensii. Astfel, prima componentă a

<sup>47</sup> În iulie 2000, raportul pensie medie/salariu mediu pe economie era de 30%, față de valorarea înregistrată în 1990 de 60.2) **sursa?**

<sup>48</sup> vezi în acest sens, Programele de Guvernare a Guvernelor Ișarescu și Nastase

<sup>49</sup> “Three Pillars Model”



acestui nou sistem se bazeaza pe rationalizarea si ameliorarea vechii scheme de tip ‘pay as you go’, ceea ce s-a si legiferat si implementat prin legea 19/2000 si completarile sale ulterioare. Cea de-a doua componenta, cu caracter obligatoriu, va fi finantata si administrata de sectorul privat. În final, cea de-a treia componenta face referinta la scheme voluntare de pensii, administrate exclusiv de sectorul privat.

Principalele elemente de noutate ale sistemului public de pensii au fost create pentru a îndrepta deficiențele sistemului anterior, după cum urmează:

a) restrictionarea accesului la beneficii prin

- creșterea vârstei de pensionare de la 57 la 62 de ani pentru femei și de la 62 la 65 de ani pentru bărbați,
- solicitarea unui număr mai mare de ani de muncă pentru acordarea pensiei (aceste crește de la 30 la 35 de ani pentru bărbați și de la 25 la 30 de ani pentru femei), și prin
- introducerea unor filtre mai severe de control în ceea ce privește acordarea pensiilor de invaliditate.

b) introducerea unei noi metodologii (un sistem de punctaj de inspirație germană) de calcul a pensiei. Noua metodologie ia în calcul contribuțiile platite în fiecare an de muncă astfel încât cuantumul pensiei să reprezinte aproximativ 45% din venitul brut realizat. Pentru a contrabalansa inflația și devalorizarea, pensiile vor fi indexate trimestrial.

c) extinderea grupului de beneficiari și mai precisă definire a sferei de acoperire a beneficiilor. Sistemul public

- include, pe lângă angajați și liber-profesioniști (‘self-employed’), angajații cu contracte civile și somerii astfel încât realizează o acoperire universală,
- introduce condiții restrictive pentru încadrarea locurilor de muncă în categoria locurilor de muncă în condiții specifice și a locurilor de muncă în condiții deosebite, rezultând într-o reducere a numărului persoanelor încadrate în aceste locuri de muncă

d) redefinirea regimului contribuțiilor pentru pensii în sistemul public:

- contribuțiile reprezintă în medie 37% din salariu iar responsabilitatea achitării lor se distribuie inegal între angajator (2/3) și angajat (1/3).

e) administrarea sistemului public de pensii către o instituție autonomă cu competențe în colectarea și distribuirea fondului public de pensii.

- Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale este condusă de un Consiliu de Administrație în care se reflectă structura tripartită (patronat, sindicate, guvern) care caracterizează parteneriatul social în România. Legea pensiilor stipulează adoptarea unei hotărâri privind înființarea Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale în termen de 30 de zile de la publicarea în Monitorul Oficial, însă dispute de ordin politic au amânat luarea unei decizii, timp pretios necesar consolidării instituționale a noii instituții fiind astfel irosit.

În anul 2001, prin intrarea în vigoare a Legii 19/2000<sup>50</sup> privind sistemul public de pensii și alte drepturi de securitate socială, sistemul de pensii românesc a intrat în reformă.

---

<sup>50</sup> legea 19/2000 a intrat în vigoare la 1 Aprilie 2001; o serie de prevederi cuprinse în lege au fost aplicate apriori (de exemplu, obligația de a achita contribuția de asigurări sociale pentru salariați, indiferent de

Fostul sistem era obligatoriu numai pentru salariați. Situația se va modifica prin Legea 19/2000 care listează principalele categorii de asigurați în sistemul public de pensii:

- ☞ persoanele încadrate cu contract individual de muncă;
- ☞ autorități publice alese sau persoane numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului,
- ☞ somerii înregistrați și care intra sub incidența Legii 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru somaj și stimularea ocupării forței de muncă
- ☞ persoane autorizate să desfășoare activități independente, asociat unic, asociați, comandanți sau acționari, administratori sau manageri
- ☞ membri ai asociației familiale
- ☞ lucrători agricoli și în domeniul forestier, proprietari de bunuri și/sau arendași de suprafețe agricole și forestiere, membri ai societăților agricole sau al altor forme de asociere din agricultura
- ☞ persoane angajate în instituții internaționale
- ☞ persoanele care desfășoară activități exclusiv pe baza de convenții civile de prestări de servicii
- ☞ persoane încadrate în unități de cult recunoscute potrivit legii

Noua lege a pensiilor, care a intrat în vigoare în 2001, distribuie sarcina plății contribuțiilor pentru asigurări sociale de stat între salariat și angajator. În timp ce cota de contribuție ce revine salariatului este fixă – 11.67% (o treime) –, partea ce revine angajatorului – 2 treimi – crește în funcție de grupa de muncă<sup>51</sup>.

Noua lege stabilește o mai strânsă legătură între cuantumul pensiei și suma contribuției. Cuantumul pensiei depinde de valoarea contribuțiilor plătite pe parcursul vieții active. O nouă formulă de calcul bazată pe un sistem de puncte va fi de acum încolo aplicată: contribuțiile plătite lunar vor fi convertite în puncte care vor fi cumulate pe întreaga perioadă de cotizare pentru a obține un punctaj mediu; cuantumul pensiilor va fi obținut în final din înmulțirea punctajului mediu cu valoarea legală a unui punct de pensie<sup>52</sup>.

Legea impune totuși unele limitări. Astfel, valoarea a unui punct de pensie nu poate depăși pragul de 45% din salariul mediu brut pe economie, iar numărul de puncte însumate anual de către asigurați nu poate fi mai mare de 3.

Guvernul urmează să formuleze o strategie clară de introducere a celorlalte două componente ale sistemului de pensii, ținând cont de programul de macrostabilizare economică.

Cea de-a doua componentă implică atragerea sectorului privat în gestionarea fondurilor de pensii și atragerea unei părți a contribuțiilor individuale din sistemul public de pensii în investiții sub forma unor depozite create în numele contribuabililor<sup>53</sup>.

---

statut – încadrat cu contract de muncă pe durata determinată/nedeterminată sau cu convenție civilă de prestări servicii

<sup>51</sup> noua lege a pensiilor din 2000, clasifică locurile de muncă în locuri de muncă în condiții deosebite, locuri de muncă în condiții speciale și locuri de muncă în condiții normale. Cotele de contribuție (cumulate ale salariaților și angajatorilor) sunt și ele diferențiate în funcție de natura locurilor de muncă: 30% pentru condiții normale, 35% pentru condiții deosebite și 40% pentru condiții speciale

<sup>52</sup> conform legii, valoarea unui punct de pensie se stabilește anual prin legea bugetului asigurărilor sociale de stat

<sup>53</sup> în Ordonanța 230/2000 se propusese ca aceste contribuții să aibă caracter mandatoriu numai pentru cei care trebuie să împlinească cel puțin 20 de ani de muncă până la pensionare, fiind opționale pentru restul

Cel de-a treia componenta are caracter optional cuprinzând scheme flexibile de pensii stabilite în regim voluntar și administrate de companii de asigurări și de companii de pensii.

În momentul redactării acestui raport, un nou proiect de lege privind fondurile universale și voluntare de pensii este în faza de redactare la Ministerul Muncii și Solidarității Sociale.

### ***2.1.5 Reproiectarea pilonului public: primul an de experiență***

În momentul redactării acestui raport, România a experimentat deja de un an noul sistem de pensii. Legea inițială a fost modificată succesiv, modificările vizând, pe de-o parte statutul principalelor instituții cu atribuții în administrarea sistemului public – Ministerul Muncii și Solidarității Sociale și Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale – și pe de altă parte, condițiile de acces la principalele prestații de asigurări sociale.

---

contribuabililor. Contribuția datorată sistemului public de pensii se reduce în mod proporțional pentru cei care contribuie la fonduri administrate de sectorul privat a.î. contribuția totală să nu depășească pragul maxim al contribuției de achitat în sistemul public.

**Tabel 9: Principalele acte normative care reglementeaza organizarea si functionarea sistemului public de pensii**

Act normativ	Institutia	Reglementari principale
L 19/17.03.2000	Pensii	<p>Principalul act normativ care reglementeaza organizarea si functionarea sistemului public de pensii. În sistemul public de pensii se acorda urmatoarele categorii de pensii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pensia pentru limita de vârsta</li> <li>- pensia anticipata si pensia anticipata partial</li> <li>- pensia de invaliditate</li> <li>- pensia de urmas</li> </ul> <p>Beneficiaza de pensia pentru limita de vârsta persoanele care au vârsta de 60 de ani pentru femei, respectiv 65 pentru barbati si stagiul complet de cotizare de 30 de ani pentru femei si 35 de ani pentru barbati. Cresterea vârstei standard de pensionare si a stagiului complet de cotizare este prevazuta pentru o perioada de 13 ani. Pensionarea anticipata este permisa numai în conditii restrictive: realizarea unui stagiul de cotizare de cel putin 40 de ani pentru femei , respectiv 45 de ani pentru barbati permite pensionarea fara penalizari înainte de împlinirea vârstei standard de pensionare. Stagiul minim de cotizare se stabileste în functie de vârsta asiguratului. Astfel, stagiul minim pentru o persoana sub 25 de ani este de 5 ani, în timp ce minim 25 de ani sunt obligatorii pentru o persoana în vârsta de 55 de ani. Aceste conditii nu se aplica în cazul invaliditatii cauzate de accident de munca. Pensia de urmas de acorda sotului supravietuitor sau copiilor. Acestia din urma beneficiaza de acest drept pâna la împlinirea vârstei de 16 ani sau pâna la absolvirea unei forme de învățământ. Managementul sistemului public de pensii este încredintat unei institutii autonome – Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale – a carei înfiintare este prevazuta înainte de intrarea în vigoare a legii (1 aprilie 2001).</p>
OUG 41/27.04.2000	Pensii	Stabileste o noua valoare maxima a punctului de pensie. Astfel, valoarea acestuia nu poate depasi pragul de 45% din salariul mediu brut pe economie si conditioneaza cuantumul pensiilor de disponibilul de resurse financiare
HG 1065/9.11.2000	CNPAS	Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale este un organism independent, responsabil cu administrarea zilnica si managementul sistemului public de pensii. Consiliul de Administratie are o structura tripartita, din componenta caruia fac parte un numar egal de reprezentanti ai guvernului, ai asiguratilor (sindicate si organizatii ale pensionarilor) si patronatului.
OUG 294/30.12.2000	Pensii	Actul normativ introduce modificari în structura organizatorica a Casei Nationale de Pensii si Alte

		<p>Drepturi de Asigurari Sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presedintele Casei este secretar de stat în Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale</li> <li>- mandatul membrilor Consiliului de Administratie este limitat la 4 ani (initial membrii în consiliul de administratie erau numiti pe 5 ani)</li> <li>- componenta membrilor se modifica, cu 5 reprezentanti ai Guvernului, 6 ai patronatului si 8 ai asiguratilor</li> </ul>
HG 4/4.01.2001	MMSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sunt expres reglementate functiile Ministerului Muncii si Protectiei Sociale (de strategie, reglementare, sinteza, administrare a bunurilor si gestionare a bugetelor si fondurilor alocare, reprezentare si de autoritate de stat)</li> <li>- ministrul Muncii si Protectiei Sociale este ordonator principal de credite care deleaga aceasta functie directorului executiv al Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale</li> <li>- Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale este subordonata de acum încolo Ministerului Muncii si Protectiei Sociale</li> <li>- Directia Generala Asigurari Sociale este reorganizata în 3 directii – Directia Pensii, Directia Alte Drepturi de Asigurari Sociale si Directia Buget</li> </ul>
HG 297/22.02.2001	MMSS	Responsabilitatea controlului executiei bugetului asigurarilor sociale de stat revine de acum Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale
HG 258/22.02.2001	CNPAS	<p>Modifica Statutul Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale. Potrivit legii, Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale este „organ de specialitate al administratiei publice centrale care administreaza si gestioneaza sistemul public de pensii si alte drepturi de asigurari sociale, în vederea aplicarii politicilor si programelor în domeniu ale Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale”.</p> <p>Principalele atributii ale Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plata prestatiilor de asigurari sociale stabilite conform legii</li> <li>- evidenta tuturor contribuabililor</li> <li>- gestioneaza bugetul asigurarilor sociale de stat pentru a carui executie este responsabila fata de Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale</li> <li>- colecteaza de la asigurati si angajatori contributiile legale pentru asigurari sociale</li> <li>- asigura controlul achitarii contributiilor legale de asigurari sociale</li> </ul>

OUG 49/29.03.2001	Pensii	<p>Modifica substantial Legea pensiilor. Dintre modificari mentionam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contributiile platite în contul somerilor înregistrati sunt echivalente cu salariul mediu pe economie</li> <li>- în categoria locurilor de munca în conditii speciale intra si locurile de munca de pe platformele maritime</li> <li>- contributiile datorate de persoanele care beneficiaza de plati compensatorii sunt platite de la Fondul asigurarilor de somaj</li> <li>- perioadele în care o persoana a beneficiat de pensie de invaliditate nu se iau în calcul în determinarea stagiului de cotizare pentru pensionare (anticipata)</li> </ul>
OUG 107/27.06.2001	Pensii	<p>Situatia asiguratilor penalizati pentru neplata contributiei aferente de catre angajatori este rezolvata prin recunoasterea tuturor drepturilor de pensionare prevazute în lege (li se recunoaste stagiul complet de cotizare). Penalizarile se aplica în continuare în cazul pensionarii anticipate. Indemnizatia pentru incapacitate temporara de munca este finantata atât de catre angajator, cât si de bugetul asigurarilor sociale de stat, cu cresterea perioadei suportate de catre angajator de la 4 zile la 7 zile.</p>
HG 1317/27.12.2001	MMSS	<p>Ministerul Muncii si Protectiei Sociale, prin structurile sale teritoriale – directiile de munca si solidaritate sociala judetene si a Municipiului Bucuresti – asigura controlul achitarii contributiilor legale de asigurari sociale (functie exercitata anterior de Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale). O nou directie generala - Directia Generala Control Contributii – este înfiintata în structura Ministerului responsabila cu coordonarea activitatilor de control exercitate de structurile teritoriale.</p> <p>O a doua directie generala– Directia Generala pentru Fundamentarea Bugetelor–, subordonata direct ministrului Muncii si Solidaritatii Sociale este înfiintata.</p>
HG 1319/27.12.2001	CNPAS	<p>Act normativ emis din necesitatea de a evita confuzia legislativa, ale carei reglementari sunt similare cu cele din HG 1317/2001 si priveste statul Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale</p>

MMSS – Ministerul Muncii si Protectiei Sociale

CNPAS – Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale

L – Lege

HG – Hotarâre de Guvern

OUG – Ordonanta de Urgenta a Guvernului

### **2.1.6 Analiza institutionala**

Rolul administratiei în implementarea oricarei reforme si/sau strategii este esential. În acest context, performanta administrativa constituie unul din elementele cheie pentru succesul reformelor. Inerente oricarei reforme (administrative) sunt nu numai aspectele strict juridice, ci si dimensiunea manageriala. În consecinta, reforma sistemelor de protectie sociala în contextul alinierii la normele si standardele comunitare nu poate fi abordata în afara performantelor cadrului administrativ.

Reforma administratiei publice în general, desi nu constituie parte a acquis-ului comunitar, este extrem de importanta pentru procesul de integrare în ansamblul sau. Nu putem sa nu mentionam aici rapoartele anuale privind progresele înregistrate de tarile candidate în care se subliniaza în mod repetat obstacolele cu care se confrunta statele candidate în îndeplinirea cerintelor comunitare datorita „problemelor administratiei publice” în general.

În absenta unui „model european”, optiunea reformei sistemului de protectie sociala si organizarii si functionarii administratiei de specialitate apartine fiecarui stat candidat. Structurile astfel create ori restructurate trebuie sa asigure o administrare performanta a sistemului care sa permita coordonarea eficienta si functionala între administratiile de specialitate din toate statele membre.

În cele ce urmeaza, vom prezenta structura administratiei românesti de specialitate în dinamica ei din 2000. De asemenea, vom urmari si eforturile depuse de institutiile implicate pentru pregatirea administratiei de specialitate în vederea participarii la mecanismul de coordonare a sistemelor de securitate sociala.

#### *Aspecte administrative generale*

Noua lege a pensiilor schimba radical structura administrativ -institutionala a sistemului public de pensii. Noua formula administrativa implica separarea elaborarii politicilor în domeniul pensiilor (politics) de implementarea propriu-zisa a strategiei în materie (policy).

**Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale** ramâne în continuare institutia publica responsabila cu reglementarea si elaborarea politicilor publice în materia pensiilor de stat<sup>54</sup>.

De asemenea, Ministerul pastreaza si unele atributii în domeniul managementului financiar: exercita controlul asupra executiei bugetului asigurarilor sociale de stat de catre institutiile abilitate si este ordonator principal de credite. Ministrul Muncii si Solidaritatii Sociale deleaga anual functia de ordonator principal de credite directorului executiv al Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale.

Amendamentele aduse legii pensiilor (legea 19/2000) vor extinde gradual sfera competentelor financiare si de control ale ministerului de resort. Hotarârea Guvernului 1317/2001 privind organizarea si functionarea Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale recunoaste ministerului si structurilor sale teritoriale – directiile de munca si solidaritate sociala la judetene si a Municipiului Bucuresti – dreptul de a superviza plata contributiilor sociale legale catre Bugetul asigurarilor sociale de stat, de a sanctiona si amenda

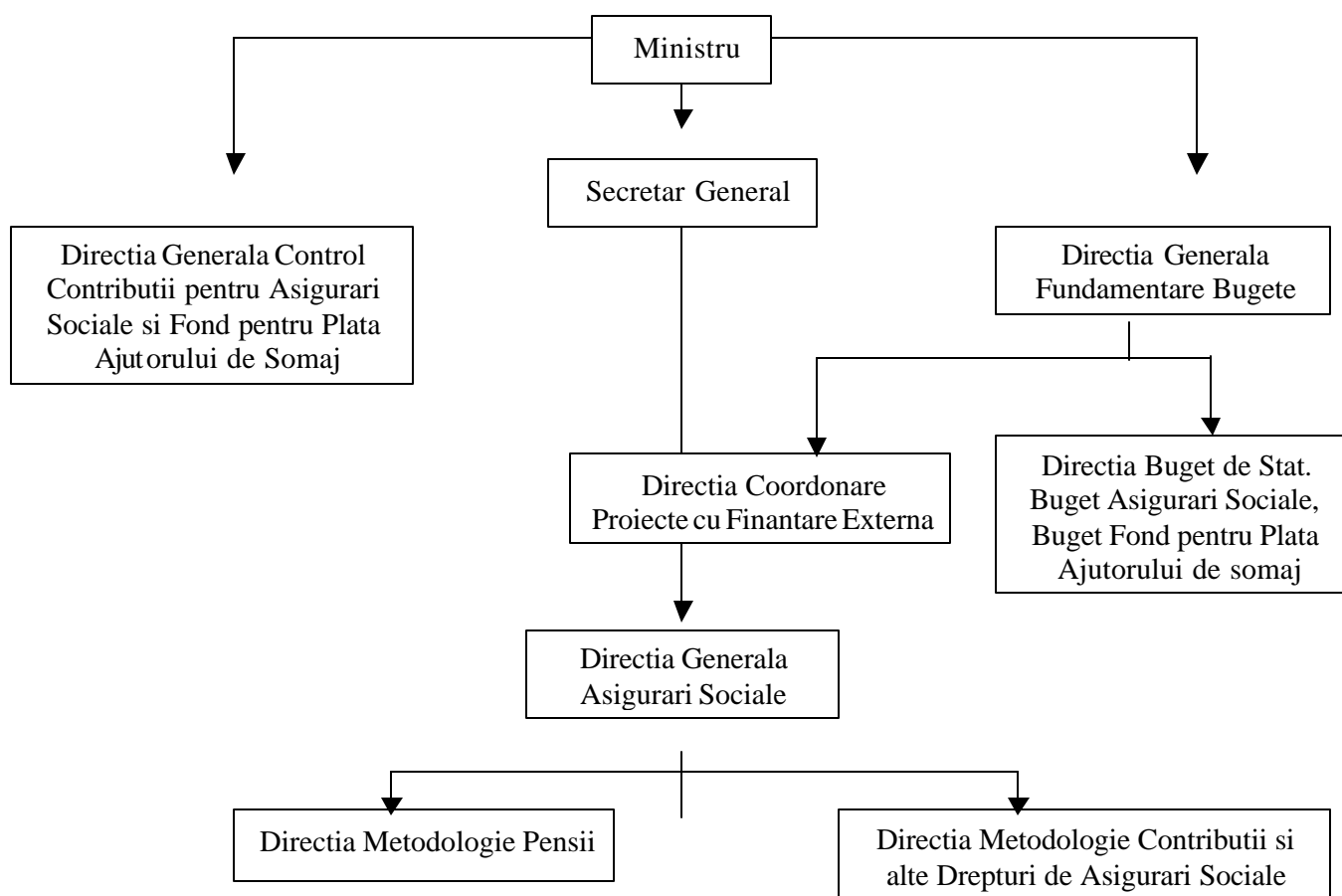
---

<sup>54</sup> Hotarârea Guvernului 4/2001

persoanele fizice si juridice pentru orice violare a prevederilor legale si de demara procedura de executare silita pentru neplata creantelor bugetare.

Structura organizatorica a ministerului este si ea modificata pentru a face fata noilor atributii (vezi figura 1). Astfel, doua noi structuri sunt înfiintate în cadrul ministerului – Directia Generala Controlul Contributiilor pentru Asigurari Sociale si Fond pentru Plata Ajutorului de Somaj” si Directia Generala pentru Fundamentarea Bugetelor–, iar altele sunt reorganizate. Directia Metodologie pensii si Directia Metodologie Contributii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale formeaza noua Directie Generala de asigurari sociale. Directia Buget trece sub directa subordonare a Directiei Generale pentru Fundamentarea Bugetelor.

**Figura 1 Managementul sistemului public de pensii: directiile de specialitate din cadrul Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale**



Sursa: Hotarârea Guvernului 4/2001



O serie de responsabilitati direct legate de administrarea propriu-zisa a sistemului public de pensii sunt transferate catre o noua institutie, Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale<sup>55</sup>.

Derularea politicilor în domeniul pensiilor este încredintata unei noi institutii autonome, **Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale**. Înfiintata în baza Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii, noua institutie publica va fi constituita în jurul fostului Oficiu Central de Plata a Pensiilor, urmând ca pe parcurs sa se dezvolte din punct de vedere institutional.

Pentru prima data, reprezentantii guvernului, patronatelor si asiguratilor (salariati si pensionari) sunt cooptati împreuna în Consiliul de administratie al Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale. Desemnarea reprezentantilor partenerilor sociali se face pe o perioada de 4 ani.

Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale va prelua în competenta sa o serie de functii strict administrative executate anterior de structuri din cadrul Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale: în speta, plata beneficiilor si colectarea datelor.

O serie de deficiente inerente sistemului centralizat care exista la nivelul Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale se vor regasi în structurile Casei Nationale de Pensii. Problemele cele mai mari le ridica sistemul de colectare a datelor (contributiile asiguratilor pe parcursul vietii, contributiile datorate de angajatori) extrem de restrâns. Calculul pensiilor se efectueaza în baza datelor înscrise de angajator în carnetele (cartile) de munca, neexistând o centralizare a contributiilor platite de fiecare salariat pe parcursul vietii active. Contributiile achitate de angajator în contul asiguratului se raporteaza la fondul de salarii (brute) al angajatorului, cu posibilitatea de verificare a contributiilor platite minima în conditiile în care nu exista o evidenta centralizata a tuturor contribuabililor - asigurati si angajatori.

Provocarea majora o reprezinta dezvoltarea unui sistem de colectare a datelor performant care sa permita centralizarea datelor privind asiguratii sistemului public, angajatorii si beneficiarii. În prezent, se afla în derulare un proiect de automatizare a sistemelor informationale finantat de Banca Mondiala, prin programul „Dezvoltarea sectorului social”. Proiectul mentionat urma reste crearea unei baze de date a asiguratilor si o alta a angajatorilor relationate cu bazele de date administrate de Ministerul Finantelor Publice si Registrul Comertului.

Nu putem însa sa nu mentionam unele critici aduse de Banca Mondiala activitatii Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale. Într-un raport general<sup>56</sup> de evaluare a situatiei sistemului national de pensii, Banca Mondiala recomanda ca „activitatea Casei Nationale de Pensii sa se centreze nu numai pe achizitionarea de echipamente IT, o atentie speciala trebuie acordata procesului de restructurare pe ansamblu”<sup>57</sup>. De asemenea, raportul mentioneaza si incapacitatea Casei Nationale de a recruta personal calificat pentru posturile tehnice, în principal datorita stimulentei salariale necorespunzatoare.

---

<sup>55</sup> detalii despre aceste functii sunt prezentate mai jos

<sup>56</sup> Banca Mondiala, “Pension System in Review”, nepublicat

<sup>57</sup> Banca Mondiala, “Pension System in Review”, pp 8

Noi obstacole deriva din fragmentarea si ineficienta<sup>58</sup> aparatului de colectare a contributiilor sociale. Activitatile de control si de aplicare a prevederilor legale a Directiilor de specialitate din cadrul Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Securitate Sociala<sup>59</sup> sunt dublate de structuri similare existente la nivelul Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale<sup>60</sup> si Agentiei Nationale de Asigurari Sociale de Sanatate<sup>61</sup>.

Situatia a fost ameliorata ulterior, prin Hotarârea Guvernului 1318/2001 când s-a realizat unificarea activitatilor de colectare, control si aplicare a prevederilor legale în cadrul Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale.

Guvernul României a anuntat recent intentia sa de a simplifica si eficientiza aparatul de colectare a contributiilor sociale (asigurari sociale, somaj, asigurari sociale de sanatate) prin crearea unei singure agentii de colectare a contributiilor.

Concluzionând, Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale pe de -o parte, transfera unele functii administrative, dar pe de alta parte își întăreste controlul asupra structurilor de specialitate. În consecinta, Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale își vede micșorat gradul de autonomie, conducerea sa fiind asigurata de un presedinte cu functie de secretar de stat în Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale, iar mandatul membrilor Consiliului sau de Administratie este limitat la 4 ani.

#### *Aspecte administrative relevante pentru integrarea europeana*

Pentru a avea o imagine completa a rolului institutiilor sociale românești în cadrul procesului de aderare, consideram necesara prezentarea succinta a institutiilor implicate în derularea procesului de negociere si a mecanismelor de coordonare interinstitutionala.

**Ministerul Integrării Europene** este responsabil cu pregătirea si derularea negocierilor si coordoneaza activitatea Delegatiei Nationale. Ministrul Integrării Europene îndeplinește în acelasi timp si functia de presedinte al delegatiei române la Conferinta interguvernamentala pentru aderare si reprezinta România cadrul Comitetului de Asociere România-UE.

**Delegatia Nationala** reuneste membrii tuturor delegatiilor sectoriale si este prezidata de un înalt functionar din Ministerul Integrării Europene numit de primul ministru. **Negociatorul-sef** al României este membru de drept al Delegatiei Nationale si membru al echipei guvernamentale. Toate documentele de pozitie ale României sunt înaintate spre aprobare Guvernului României de catre negociatorul-sef.

Coordonarea activitatii celor 31 de **delegatii sectoriale**, echivalente capitolului de negociere, este asigurata de ministerul integrator de capitol. Lista ministerelor integratoare de capitol si a componentei delegatiilor sectoriale este prevazuta în anexa la Hotarârea Guvernului 273/2001 privind coordonarea, pregătirea si organizarea negocierilor pentru aderarea României la Uniunea Europeana. Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale este integrator pentru capitolul 2 „Libera circulatie a persoanelor” si capitolul 13 „Politica sociala si ocuparea fortei de munca”.

---

<sup>58</sup> Banca Mondiala, “Pension System in Review, pp 9

<sup>59</sup> pentru contributiile la bugetul asigurarilor sociale de stat

<sup>60</sup> pentru contributiile la Fondul pentru plata ajutorului de somaj

<sup>61</sup> pentru contributiile la bugetul asigurarilor sociale de sanatate

Înalti functionari publici din ministerele desemnate prin HG 273/2001 participa la reuniunile delegatiilor sectoriale cu mandatul de a elabora documentele de pozitie ale României pentru fiecare capitol de negociere.

La nivel ministerial sunt instituite **grupuri de lucru** compuse din functionari publici ai respectivelor ministere pentru a-i sprijini pe membrii delegatiilor sectoriale în îndeplinirea sarcinii lor. Nu este exclusa nici constituirea de grupuri de lucru interministeriale pentru solutionarea aspectelor contencioase intersectoriale.

Pregatirea negocierilor si elaborarea documentelor de pozitie este considerata strict de competenta guvernului, Comisiile parlamentare de integrare europeana fiind doar informate asupra continutului documentelor de pozitie si asupra mersului negocierilor de aderare în general. Rolul partenerilor sociali este limitat la interventiile Comitetului Social si Economic, acesta fiind de altfel însarcinat cu redactarea subcapitolelor relevante pentru dialogul social.

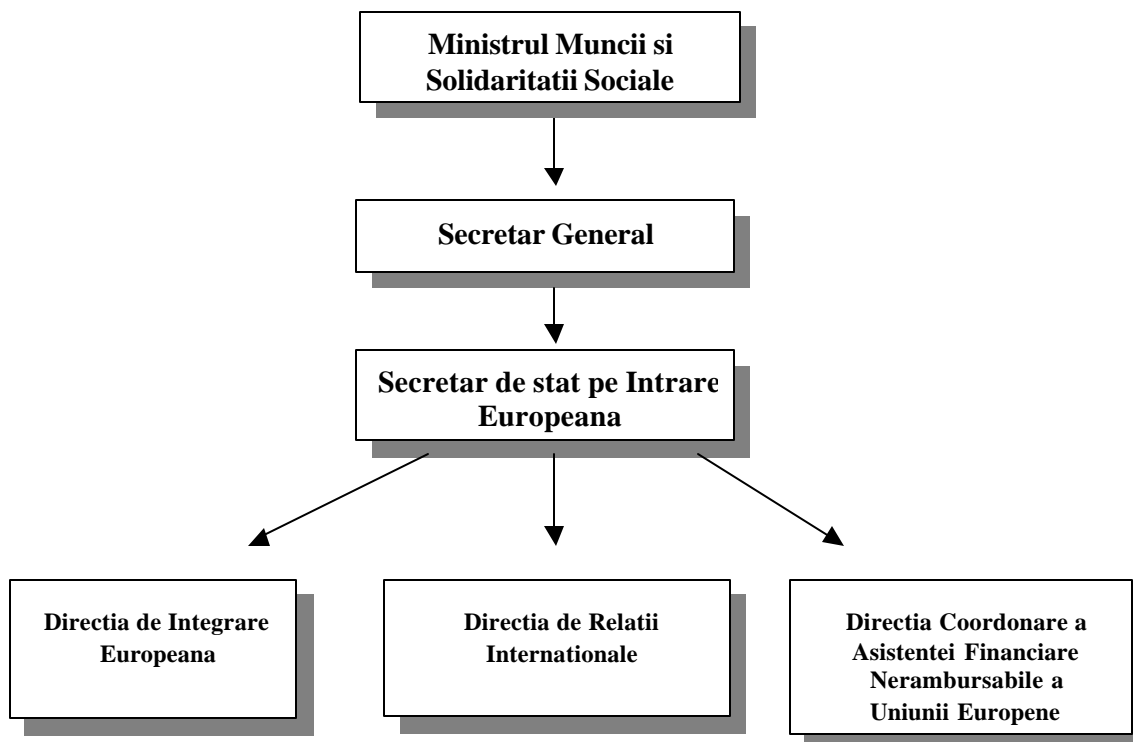
Documentele de pozitie odata adoptate de Guvern sunt considerate documente publice si pot fi consultate pe pagina de web a Ministerului Integrarii Europene<sup>62</sup>. În ceea ce priveste capitolul 13, numai documentul de pozitie initial înaintat Comisiei Europene iunie 2001 poate fi consultat de catre cei interesati; documentul suplimentar prezentat Comisiei Europene cu ocazia conferintei interguvernamentale de aderare din martie 2002 este calificat drept „document nepublicabil”.

Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale împreuna cu Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale participa la elaborarea documentelor de pozitie în calitate de institutie integratoare de capitol, respectiv membru în delegatiile sectoriale aferente. Pentru a sustine procesul de integrare europeana si a coordona eficient activitatea inter si intra-ministerial, în Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale s-a constituit o directie de specializata pe integrare europeana – Figura 2.

---

<sup>62</sup> [www.mie.ro](http://www.mie.ro)

**Figura 2 Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale**

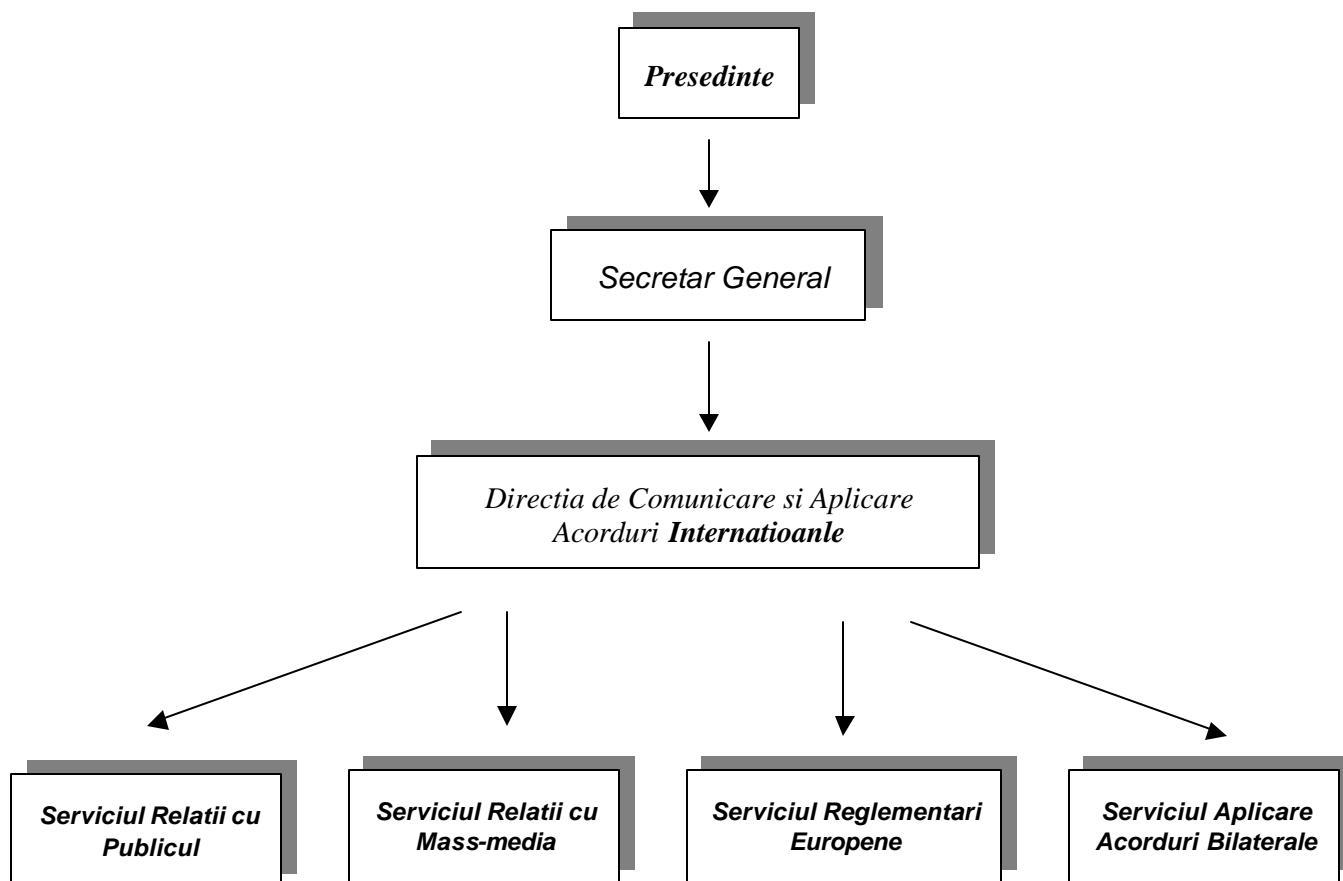


**ATRIBUTII:**

- ☞ Coordoneaza activitatea de fundamentare a documentelor de pozitie ale României pe cele 2 capite de negociere pentru care Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale este integrator de capite: „Politica sociala si de ocupare a fortei de munca” (capitolul 13) si „Libera circulatie a persoanelor” (capitolul 2)
- ☞ coordoneaza participarea Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale la reuniunile delegatiilor sectoriale
- ☞ urmareste aplicarea prevederilor Acordului European
- ☞ actualizeaza anual: „Programul National de Aderare al României la Uniunea Europeana” (PNAR) si “Raportul anual privind progresele României în procesul de pregatire a aderarii la Uniunea Europeana” (redactat de Guvernul României)
- ☞ monitorizeaza progresele în pregatirea negocierilor, si în special în implementarea masurilor din domeniul social si al ocuparii fortei de munca prevazute în PNAR .
- ☞ asigura secretariatul reuniunilor Comitetului de Asociere România– UE, precum si a diferitelor subcomitete în domeniul muncii si protectiei sociale

Si la nivelul Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale a fost creat un serviciu de integrare europeana direct subordonat Directiei de Comunicare si Aplicare Acorduri Internationale – Figura 3.

**Figura 3 Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale**



**ATRIBUTII:**

- ~~///~~ Colecteaza informatii si date despre sistemele de protectie sociala din alte tari
- ~~///~~ actualizeaza anual Planul National de Aderare al României la Uniunea Europeana
- ~~///~~ contribuie la elaborarea documentelor cuprinse în dosarele de fundamentare
- ~~///~~ participa la lucrarile delegatiilor sectoriale privind capitolele 13 si 2 ale acquis-ului comunitar
- ~~///~~ îndeplineste si alte atributii privind integrarea europeana în domeniul pensiilor si a asigurarilor sociale

În paralel cu îndeplinirea atributiilor ce le revin în pregătirea documentelor de aderare – elaborarea documentelor de pozitie, actualizarea capitolelor si subcapitolelor relevante pentru domeniul social din „Planul National de Aderare al României la Uniunea Europeana” si din „Raportul anual privind progresele României în procesul de pregătire a aderării la Uniunea Europeana”- structurile administrative de specialitate traverseaza si

un proces de redefinire a propriilor functii administrative. Consecinta a procesului de aderare la Uniunea Europeana, dezvoltarea unui cadru institutional adecvat si a practicilor administrative functionale sunt o necesitate pentru institutiile românesti. Pregatirea pentru aderare a institutiilor sociale românesti nu poate fi limitata la transpunerea acquis-ului comunitar. Nu numai legislatia comunitara, ci si acquis-ul institutional – norme, practic, metodologii – sunt importante pentru integrarea cu succes în structurile comunitare.

Dupa cum reiese si din Figura 2 si 3, atât Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale, cât si Casa Nationala de Pensii si Ale Drepturi de Asigurari Sociale au propriile structuri (directie, respectiv serviciu) specializate pe probleme de integrare europeana. Atributiile lor acopera atât aspecte relevante pentru derularea negocierilor de aderare, cât si aspecte privind colaborarea viitoare în domeniul transferului de beneficii.

În prezent, unica institutie cu experienta relevanta pentru transferul de beneficii este Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale. Ministerul este abilitat prin lege sa efectueze exporturi de beneficii catre tarile cu care România are încheiat acorduri bilaterale în acest sens. Pâna în mai 2002, România semnase 9 acorduri bilaterale privind exportul de prestatii sociale<sup>63</sup>. Putem afirma ca experienta României în domeniu este limitata atât ca numar de acorduri semnate, cât si ca numar de institutii implicate.

Asa cum am mai afirmat, asumarea legislatiei comunitare în ansamblu sau constituie doar o fateta a procesului aderare. Institutiile nationale sunt supuse si ele unui proces de modernizare si prega tire în vederea participarii la mecanismul coordonarii sistemului de securitate sociala.

România sa angajat sa îndeplineasca la momentul aderarii obligatiile ce-i revin în calitate de stat membru al Uniunii Europene. În acest sens, România trebuie sa fie pregatita la momentul aderarii sa coordoneze sistemul national cu cele existente în celelalte state membre, sa aiba o structura administrativa simpla si coerenta capabila sa raspunda schimbarilor induse de noile modele de migratie.

Structurile administrative cu competente în coordonarea schemelor de securitate sociala au contribuit masiv la transpunerea prevederilor statuate în Regulamentele 1408/71 si 574/72. Însa o accelerare a procesului de pregatirea institutiilor competente este recomandata. Administratia româna de specialitate trebuie nu numai sa se familiarizeze cu procedurile si chestionarele standardizate<sup>64</sup> utilizate de statele membre pentru schimbul de informatii, ci sa dobândeasca si o experienta practica în exportul de beneficii.

Exportul de beneficii face obiectul acordurilor bilaterale încheiate de România pâna în prezent, însa la momentul aderarii vor deveni aplicabile pe teritoriul national regulile de coordonare legifera te de Regulamentul 1408/71 privind coordonarea sistemelor de securitate pe ntru persoanele angajate, lucratorii independenti si membrii familiilor acestora care se deplaseaza în Comunitatea Europeana si Regulamentul 574/72 privind procedurile de implementare a Regulamentului CEE 1408/71.

Astfel, calculul beneficiilor, în speta a pensiilor pentru limita de vârsta, platibile oricarei persoane care a desfasurat o activitate remunerabila pe teritoriul mai multor state membre se realizeaza dupa reguli speciale. Pentru a determina cuantumul pensiei,

---

<sup>63</sup> România a semnat astfel de acorduri cu Elvetia, Portugalia, Luxemburg, Olanda, Germania (3 acorduri) si Ungaria (2 acorduri).

<sup>64</sup> cum ar fi de exemplu chestionatul tip E 111 elaborat de Comisia Administrativa pentru Securitate Sociala

autoritatea/institutia nationala competenta calculeaza: pensia nationala, cuantumul potential si pensia „pro-rata”.

Pensia nationala se determina conform prevederilor nationale luându-se în considerare numai perioada în care lucratorii migranti au achitat contributiile sociale aferente în baza legislatiei nationale.

În stabilirea pensiei „pro-rata”, o etapa obligatorie o constituie calcularea cuantumului potential aferent perioadei în care salariatii au cotizat la alte sisteme nationale si asociata cu perioada în care o persoana ar fi contribuit în sistemul national. Pensia „pro-rata” se obtine prin înmultirea cuantumului potential cu raportul perioada lucrata efectiv în strainatate/perioada potentiala de cotizare.

Odata calculate, cele doua tipuri de pensii – nationala si „pro-rata” – nu se cumuleaza, ci se opteaza pentru cea mai favorabila lucratorului migrant. În plus, plata pensiilor se poate efectua indiferent de statul membru în care domiciliaza sau rezideaza beneficiarul.

În acest stadiu al procesului de aderare, prezinta importanta pentru institutiile românesti identificarea clara a institutiilor/autoritatilor competente în domeniu, a potentialilor beneficiari si definirea beneficiilor acordate în conformitate cu prevederile regulamentelor amintite. Un grup de lucru a fost constituit în 2001 cu scopul de a clarifica aceste aspecte.

Întarirea cooperarii si intensificarea schimburilor de informatii cu institutii similare din statele membre ar solutiona o parte din problemele ridicate de lipsa de experienta în coordonarea sistemelor de securitate sociala. Colaborarea cu celelalte tari candidate în acest sens ar constitui un exercitiu practic util. În România, structurile administrative de specialitate de confrunta însa cu lipsa fondurilor destinate activitatilor de acest tip. Interviuurile avute cu functionari din Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale si Casa Nationala de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale au evidentiat si acest fapt.

Un al doilea aspect critic<sup>65</sup>, cu posibile consecinte asupra bunei functionari a coordonar ii sistemelor de securitate sociala, este raportat la resursele umane din administratia de specialitate. Cercetarea noastra a scos în evidenta lipsa personalului juridic cu experienta în problematica europeana în cadrul departamentelor cu atributii în cadrul securitatii sociale. Câteva precizari trebuie mentionate aici: în primul rând, acest fapt se datoreaza mai degraba absentei unui training specializat decât motivatiilor salariale; în al doilea rând, nici nu exista o specializare în acest sens în institutiile de învătamânt superior românesti. Având în vedere caracterul preponderent juridic al procesului de integrare pe de-a parte, si, pe de alta parte, jurisprudenta comunitara<sup>66</sup> în materia exportului de prestatii de securitate sociala aceasta situatie trebuie remediata de urgenta.

Programele Phare au contribuit la consolidarea capacitatii administrative si institutionale a tarilor candidate. Însa, din pacate, o cercetare a programelor derulate sau în curs de derulare în România evidentiaza numarul limitat al programelor cu componente de protectie sociala în general, si absentia oricarei componente privind exportul de beneficii, în particular.

De abia, în 2002, în programarea Phare 2002, se preconizeaza derularea unui program privind protectia sociala a lucratorilor migranti în cadrul unui proiect de program propus

---

<sup>65</sup> de asemenea, evidentiat în urma interviurilor

<sup>66</sup> o prezentare a deciziilor majore pronuntate de Curtea Europeana de Justitie se regaseste în Anexa 12

de Ministerul Muncii si Solidaritatii Sociale<sup>67</sup>. Printre activitatile prevazute mentionam training-ul personalului cheie din institutiile specifice si înfiintarea unui Centru de documentare si infor mare pentru lucratorii migranti.

### ***2.1.7 Pensile Suplimentare. Sustenabilitate si modernizare a sistemelor de pensii***

Modernizarea sistemelor publice de pensii se numara printre prioritati atât în statele membre ale Uniunii Europene, cât si în tarile candidate. Majoritatea statelor recunosc necesitatea reformarii sistemelor nationale de pensii si (re)proiectarii unor structuri viabile în vederea “asigurarii sustenabilitatii pe termen lung a sistemelor de pensii”<sup>68</sup>. În acest context, la initiativa Comisiei Europene, Statele Membre au convenit asupra unui set de principii directoare si obiective comune<sup>69</sup>, menite sa garanteze pensii sigure si durabile. Sunt avute în vedere în principal:

- ☞ sisteme de pensii adecvate – orice plan de pensii trebuie sa asigure un nivel de trai acceptabil si sa eludeze spectrul saraciei si excluderii sociale;
- ☞ viabilitatea financiara – identificarea unor surse alternative de finantare si stabilizarea nivelurilor cheltuielilor cu pensiile va contracara presiunile de natura financiara inerente îmbatrânirii populatiei resimtite de sistemele nationale de pensii;
- ☞ capacitatea de adaptare a sistemelor de pensii la o societate în schimbare – în reformarea sistemelor de pensii nu pot fi ignorate noile modele de ocupare a fortei de munca (cum ar fi participarea populatiei feminine pe piata muncii, accentul pus pe flexibilitate si securitate).

În plus, documentele institutiilor comunitare accentueaza complexitatea si obstacole cu care se confrunta Statele Membre în reformarea sistemelor nationale de pensii. Trebuie mentionata aici si strânsa legatura (cauzala) dintre stringenta reformarii sistemelor de pensii de tip PAYG si situatia economica generala, dintre conditiile demografice si cele existente pe piata muncii. Îmbatrânirea populatiei, noile modele de ocupare a fortei de munca, disciplina bugetara din cadrul Uniunii Economice si Monetare sunt factori care nu pot fi trecuti cu vederea.

#### **Tabel 10<sup>70</sup> **Politici publice în reformarea sistemului de pensii****

<b>Politica publica</b>	
Ocuparea fortei de munca	Sisteme de pensii favorabile ocuparii fortei de munca: în aceasta privinta masuri de suport pentru ameliorarea capacitatii de angajare a salariatilor în vârsta, încurajarea unei participari active pe piata muncii a persoanelor în vârsta, eliminarea conditiilor nefavorabile prelungirii vietii active. Valori ridicate ale ratelor de ocupare vor contribui la ameliorarea si mentinerea sustenabilitatii sistemelor de pensii.
Protectia sociala	Asigurarea pentru viitorii pensionari a unui nivel adecvat al

<sup>67</sup> la momentul redactarii, proiectul era în curs de aprobare de catre Comisia Europeana

<sup>68</sup> Comunicarea Comisiei Europene “Dezvoltarea strategiilor nationale pentru COM (2001) 362 final, pp. 3

<sup>69</sup> cadrul general este cuprins în Comunicarea Comisiei Europene “Dezvoltarea strategiilor nationale privind COM (2001) 362 final

<sup>70</sup> dupa “Sisteme de pensii sigure si durabile: o abordare integrata” COM (2001) 362 final si “Tendinte pe termen lung în protectia sociala: pensii sigure si durabile” COM (2000) 622 final



	veniturilor, eliminându-se astfel saracia si excluderea sociala a persoanelor în vârsta
Economic	Consolidarea echilibrului financiar al sistemelor de pensii. Identificarea unor surse alternative de venituri destinate finantarii pensiilor viitoare si stabilizarea cheltuielilor cu pensiile, care sa nu contravina obiectivelor de politica macroeconomice (cresterea economica si rate de ocupare a fortei de munca ridicate).

Strategia promovata de Comisia Europeana vizeaza:

- ☞ coordonarea sustinuta a eforturilor reformatoare în domeniul pensiilor din Statele Membre si identificarea liniilor directoare/comune pentru evolutia viitoare a sistemelor nationale de pensii;
- ☞ schimburi de experienta privind cele mai bune performante/practici, solutiile inovatoare, dezbateri asupra politicilor, monitorizarea progreselor;
- ☞ implicarea partenerilor sociali si a altor institutii europene în proces.

Reforma pensiilor este parte componenta a strategiei de modernizare a sistemelor de protectie sociala la nivel comunitar. Conditiiile care au determinat crearea actualelor sistemele de protectie sociala în statele membre au cunoscut mutatii majore, nu lipsite de consecinte pentru sustenabilitatea sistemelor publice<sup>71</sup>. Se impune, deci, legiferarea unui cadru coerent si eficient pentru functionarea pilonului 2 si 3, ca modalitate de garantare a viabilitatii sistemelor nationale de pensii.

Tarile candidate se confrunta si ele cu problema modernizarii propriilor sisteme de protectie sociala. Majoritatea statelor din Europa Centrala si de Est au început sa-si restructureze sistemele publice de pensii (vezi tabelul 11). Optiunea organizarii si functionarii sistemelor de protectie sociala, în speta, a sistemului de pensii, apartine însa statelor candidate. Orice reforma sociala în statele respective trebuie sa tina seama si de cerintele Uniunii Europene în materie. Trebuie mentionata în acest sens si invitatia adresata statelor candidate de a-si asuma obiectivele sociale ale Uniunii Europene<sup>72</sup>.

În absenta unui model european recomandat, majoritatea statelor din zona au optat în favoarea sistemului multipilon sustinut de Banca Mondiala. Strategia Bancii Mondiale în domeniul pensiilor vizeaza implementarea unui sistem fundamentat pe trei piloni: vechiul sistem public de pensii redus ca dimensiune (pilonul I), fonduri private de pensii (pilonul II) si pensii private voluntare (pilonul III)<sup>73</sup>. Tabelul 11 sintetizeaza principalele masuri adoptate de statele candidate din Europa Centrala si de Est în vederea introducerii sistemului multipilon.

<sup>71</sup> "Pensii adecvate si durabile", raport al Comitetului pentru Protectie Sociala asupra evolutiei protectiei sociale.

<sup>72</sup> Concluziile Presedintiei, punctul 11, Consiliul European de la Goteburg, 15-16 iunie 2001

<sup>73</sup> "Adverting Old Age Crisis: Policies to Protect and Promote Growth", World Bank, 1994, "Balancing Protection and Opportunities: Social Protection in Transition Economies", World Bank, 2000.

**Tabel 11 Reforma pensiilor în tarile candidate din Europa Centrala si de Est**

Stat candidat	Organizarea si functionarea sistemelor de pensii (pilonul I, II si III)
Bulgaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii de tip PAYG reformat</li> <li>2. contributi mandatorii la fonduri de pensii universale si scheme ocupationale</li> <li>3. pensii individuale contractate cu societati de asigurare în baza legii asigurarilor</li> </ol>
Estonia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii de tip PAYG (în 1999/2000)</li> <li>2. fonduri de pensii administrate privat (din 2000), cvasi obligatorii în masura în care optiunea alegerii între piloni este înca activa</li> <li>3. fonduri de pensii voluntare, administrate privat (contributii definite) sau asigurari de pensii în baza planurilor individuale de pensii</li> </ol>
Letonia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. scheme de pensii al caror quantum este determinat de veniturile realizate în munca (earning-related)</li> <li>2. fonduri de pensii (publice/de stat) administrate de societati private (societati autorizate de investitii) sau Trezoreria Statului</li> <li>3. fonduri de pensii private (economisire voluntara)</li> </ol>
Lituania	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii organizat pe principii de asigurare sociala</li> <li>2. fonduri de pensii mandatorii în baza Legii Fondurilor de Pensii intrata în vigoare în 2000, dar datorita conditiilor impuse nici o societate nu a cerut autorizarea pâna în 2001</li> <li>3. pensii individuale contractate voluntar cu societati de asigurare</li> </ol>
Polonia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem de pensii cu contributi definite a carui baza o constituie conturile individuale (contributii definite notional), administrate de ZUS (institutie publica)</li> <li>2. fonduri de pensii obligatorii cu o baza reprezentata de conturile individuale (contributii definite de natura fiscala), administrate de societati private</li> <li>3. pensii individuale si colective (fond de pensii al salariatilor, contractat cu fonduri de investitii, asigurari de viata colective contractate cu societati de asigurari mutuale)</li> </ol>
Republica Ceha	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii</li> <li>2. pensii suplimentare voluntare, în principal fonduri de pensii constituite de societati</li> </ol>
România	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii cu contributi definite</li> <li>2. proiect de lege</li> <li>3. planuri de pensii voluntare contractate cu societati de asigurari în baza legii asigurarilor</li> </ol>

Slovenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii de tip PAYG reformat</li> <li>2. fonduri de pensii mandatorii, obligatorii în special pentru persoanele încadrate în locuri de munca cu conditii grele si periculoase</li> <li>3. planuri de pensii suplimentare contractate voluntar cu fonduri mutuale de pensii, societati de pensii si societati de asigurare</li> </ol>
Slovacia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sistem public de pensii de tip PAYG, dar cu conturi virtuale</li> <li>2. fonduri de pensii a carei baza o constituie conturile individuale (neadoptat de Guvern)</li> <li>3. pensii suplimentare contractate cu fonduri de pensii</li> </ol>
Ungaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pensii de asigurari sociale în cadrul unui sistem de beneficii definite de tip PAYG</li> <li>2. fonduri de pensii obligatorii constituite de angajatori</li> <li>3. pensii voluntare în baza planurilor de pensii individuale</li> </ol>

Sursa: lucrari prezentate la conferinta asupra pensiilor private, organizata de OECD si Ministerul Muncii si Politicii Sociale din Bulgaria, Sofia, 2001

România se afla cu mult în urma tarilor din zona. Reforma pensiilor în România s-a centrat până în prezent doar pe strategia de modernizare a primului pilon<sup>74</sup>. Încercarea de reglementare a celui de-al doilea pilon, al fondurilor de pensii, nu a fost fructificată.

În vara anului 2000, Guvernul a adoptat Ordonanța de Urgență<sup>75</sup> ce reglementa funcționarea fondurilor universale de pensii. Actul normativ statua condițiile de aderare la noul sistem multipilon: noi veniți pe piața muncii erau asigurați obligatoriu în noul sistem, ca și salariații în vârstă cel mult de 37 de ani; permitea salariaților în vârstă de cel puțin 47 de ani posibilitatea rămânării în sistemul public sau înscrierii la un fond de pensii.

Salariații asigurați în cadrul noului sistem multipilon contribuiau la fondurile de pensii într-un procent de minim 5% și maxim 10% în funcție de statutul lor. 5% din contribuția pentru pensii achitata de persoanele încadrate cu contract individual de muncă și până la 10% în cazul somerilor, persoanelor care desfășoară o activitate independentă și persoanele angajate cu convenție civilă urma să fie plasată în noile fonduri de pensii.

Fondurile de pensii erau administrate de societăți private de pensii înființate în baza legii societăților comerciale și urmau să fie autorizate în acest sens.

Managementul fondurilor de pensii de către societățile private de pensii era supus unui set de reguli prudentiale:

- societatea de pensii nu putea administra decât un singur fond de pensii și îi era interzis să dețină acțiuni sau părți din capitalul social al unei alte societăți de pensii;
- toate tranzacțiile de acțiuni erau supuse controlului autorității de supraveghere – Comisia de Reglementare și Supraveghere a Societăților de Pensii
- incompatibilitățile cu statutul de membru în consiliul de administrație a unei societăți de pensii sunt prevăzute prin lege
- obligativitatea depozitării activelor fondului într-o bancă comercială, numită și custodele fondului
- interzicerea garantării împrumuturilor cu activele fondurilor
- rezerva obligatorie de lichidități este de 2 milioane de Euro;
- diversitatea portofoliului de investiții era limitată doar la acele instrumentele financiare prevăzute de lege și între anumite limite.

Contribuțiile la fondurile de pensii erau protejate prin lege: nici un fond de pensii nu putea fi declarat falimentar, iar un Fond de Garantare special constituit putea acoperi eventualele pierderi ale fondurilor.

Guvernul instaurat în urma alegerilor din toamna anului 2000, a anulat prevederile Ordonanței de Urgență 230/2000 (privind funcționarea fondurilor universale de pensii), anulare motivată de incoerența dintre modalitatea de legiferare<sup>76</sup> și relevanța reglementării pentru societate în ansamblul ei. Falimentul rasunător al Fondului Național de Investiții și consecințele financiare pentru mii de oameni nu sunt nici ele straine de această decizie. Mediul social și politic nu este încă pregătit pentru introducerea celui de-al doilea pilon, au concluzionat guvernarii.

---

<sup>74</sup> legiferată prin legea 19/2000 privind sistemul public de pensii care a intrat în vigoare în 2001

<sup>75</sup> Ordonanța de Urgență 230/2000

<sup>76</sup> printr-o ordonanță de urgență, ci nu printr-o lege organică

Modernizarea sistemului public de pensii nu lipsește de pe agenda politica a actualului Guvern<sup>77</sup>. În acest sens, o strategie în domeniu a fost adoptată de cabinet în decembrie 2001<sup>78</sup>, pe linia continuării reformei pensiilor și introducerii celor 2 piloni rămași.

Pe scurt, strategia guvernamentală<sup>79</sup> prevede introducerea celui de-al doilea pilon și reglementarea cadrului de funcționare a celui de-al treilea pilon până la sfârșitul anului 2002. Un al doilea pilon de pensii obligatoriu va ameliora perspectivele sistemului public, va crește spiritul de proprietate și încrederea populației în viabilitatea sistemului național de pensii.

În prezent, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale lucrează la un nou proiect de lege privind fondurile universale de pensii și pensiile voluntare. În linii mari, proiectul de lege prevede:

- un cadru legislativ unic pentru fondurile de pensii și pentru pensiile voluntare
- scheme ocupationale
- intrarea graduală în vigoare a prevederilor: planurile de pensii voluntare vor fi active în termen de 14 luni de la adoptarea legii, în timp ce termenul prevăzut pentru schemele ocupationale crește până la 2 ani.

Punctele indicate mai sus sunt doar propuneri, grupul de lucru încă mai dezbătând pe marginea diverselor propuneri. În momentul redactării studiului, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale încă nu finalizase proiectul de lege.

Având în vedere perspectivele demografice, tendințele economice, este evidentă nevoia continuării reformei în materia pensiilor. Reformarea sistemului public de pensii de tip PAYG nu este suficientă pentru a asigura viabilitatea sistemului.

### ***2.1.8 Integrarea europeană și dezvoltarea schemelor de pensii suplimentare în România***

Asigurarea unui venit de bază pentru bătrânețe este importantă pentru fiecare cetățean. Deși pensiile de stat reprezintă nucleul cheltuielilor cu pensiile, furnizarea unor prestații suplimentare poate să garanteze un venit și un standard de viață adecvat. Atât în statele membre, cât și în țările candidate, oficialitățile se confruntă cu o serie de decizii cu impact asupra politicii pensiilor. În conformitate cu principiul subsidiarității, fiecare stat își va reglementa cum crede de cuviință organizarea și funcționarea sistemului său public, precum și modalitățile de echilibrare între diferitele componente ale sistemului de pensii.

Recent, o dezbateră asupra pensiilor suplimentare și a rolului lor în cadrul pieței unice a fost deschisă. Începutul dezbaterii a fost marcat de publicarea de către Comisia Europeană în iunie 1997 a unei Carte verzi privind pensiile suplimentare.

Cartea Verde a fost prezentată în cadrul Planului de Acțiune privind desăvârșirea Pieței Unice și se bazează pe un alt document comunitar fundamental, strategia propusă de Comisia Europeană pentru modernizarea și ameliorarea sistemelor de protecție socială în

---

<sup>77</sup> Guvernul Nastase ales în urma alegerilor din noiembrie 2000 și investit în decembrie același an.

<sup>78</sup> Strategia sectorială a Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, adoptată în ședința de Guvern din 6 decembrie 2001

<sup>79</sup> vezi și Planul Național de Aderare al României la Uniunea Europeană

cadrul Uniunii Europene<sup>80</sup>. Tema centrala a Cartii Verzi se axeaza pe nevoia dezvoltarii schemelor suplimentare de pensii în contextul Pietei Unice si a liberei circulatii a persoanelor în interiorul Comunitatii Europene. Succint, iata care sunt principalele aspecte abordate:

- importanta ratei de rentabilitate a investitiilor realizate de fondurile de pensii. De o rata a rentabilitatii îmbunatatita pot beneficia nu numai salariatii, participantii la diverse fonduri de pensii, ci si angajatorii. O rata a rentabilitatii adecvata poate favoriza cresterea economica.
- flexibilitatea acordata managerilor de fond în alegerea investitiilor opusa nevoii de a garanta contributiile salariatilor la fondurile de pensii. O analiza a legislatiei statelor membre privind fondurile de pensii scoate în evidenta restrictiile privind politica investitionala a fondurilor de pensii, constrângându-le sa-si plaseze majoritatea fondurilor în obligatii guvernamentale.
- importanta regulilor prudentiale adecvate care sa guverneze activitatea fondurilor de pensii, a societatilor de asigurari de viata si în ultima instanta a managerilor de fonduri, ca mijloc de protejare a salariatilor si a familiilor acestora împotriva riscurilor pietei. Fiecare stat membru își stabileste proprii reguli prudentiale sub rezerva respectarii prevederilor comunitare privind libera circulatie a capitalurilor. Cartea Verde propune în schimb aplicarea principiului coordonarii si în cazul regulilor prudentiale.
- fiscalitatea afecteaza decizia persoanelor de a se deplasa pe teritoriul Uniunii Europene si a se angaja într-un alt stat membru. Cartea Verde identifica printre obstacolele ce obstructioneaza mobilitatea (profesionala) a persoanelor în interiorul Uniunii Europene: conditiile de eligibilitate la schemele suplimentare de pensii, dificultati în transferul drepturilor deja acumulate în temeiul legislatiilor nationale, situatia nereglementata a persoanelor care desfasoara o activitate temporara pe teritoriul altui stat membru.

Cartea Verde deschide seria dezbaterilor la nivel comunitar asupra pensiilor suplimentare, propunând posibile alternative pentru depasirea dificultatilor în dezvoltarea planurilor de pensii suplimentare în contextul Pietei Unice. Propunerile pentru noi directive în domeniul pensiilor suplimentare vizeaza , printre altele, problema prezervarii drepturilor acumulate.

Discutiile pe marginea dezvoltarii unor practici comune în materia pensiilor suplimentare nu sunt lipsite de importanta si pentru factorii de decizie români. Interesul pentru adoptarea unei legislatii adecvate în domeniu este ridicat, iar problemele si solutiile aferente ridicate în cadrul dezbaterilor prezinta interes pentru toate tarile candidate.

În contextul social si economic românesc, pe fondul unei neîncrederi crescânde fata de fondurile de investitii<sup>81</sup>, oficialitatile responsabile cu elaborarea politicilor publice ar putea fi interesate în primul rând de regulile prudentiale.

Cartea Verde mentioneaza expres obligativitatea supunerii fondurilor de pensii, asigurarilor de viata si managerilor care gestioneaza respectivele fonduri unor reguli

---

<sup>80</sup> Comunicarea Comisiei Europene "Modernizarea si ameliorarea protectiei sociale în Europa" COM (97) 102 a fost data publicitatii la data de 12 martie 1997

<sup>81</sup> în special dupa falimentul FNI

prudentiale. „Consumatorii unor astfel de produse (viitorii pensionari) trebuie protejati în condițiile în care au foarte puține cunostințe în domeniu.”<sup>82</sup>

Chiar dacă nu există reguli prudentiale aplicabile în toate statele membre, pot fi identificate câteva reguli de bază ce trebuie avute în vedere în momentul reglementării pilonului 2 și/sau pilonului 3:

- fondurile de pensii sunt supuse autorizării sau aprobării unei autorități competente
- stabilirea unui set de criterii pentru autorizarea sau aprobarea fondurilor de pensii, cum ar fi forma juridică a fondurilor, profesionalismul administratorilor, custodelui.
- reguli de supraveghere a activității fondurilor de pensii, inclusiv raportarea periodică și jurisdicția de control a autorității competente
- stabilirea unor reguli pentru desfășurarea politicii investiționale a fondurilor de pensii.

Reformarea sistemelor de pensii prin introducerea fondurilor de pensii administrate privat va avea un impact pozitiv și asupra dezvoltării pieței financiare numai în condițiile unui cadru legal adecvat. Lipsa reglementărilor corespunzătoare și a unor reguli de gestiune a fondurilor transparente pot ridica probleme nedorite. De asemenea, nu pot fi trecuți cu vederea nici alți factori importanți în succesul oricărei reforme, cum ar fi dezvoltarea pieței de capital și educarea publicului.

Este clar că în ceea ce privește reglementarea și gestiunea fondurilor de pensii, factorii de decizie români pot învăța atât din succese, cât și din eșecuri (naționale, europene sau americane). Scandalul recent ENRON constituie un exemplu în acest sens: chiar și în economii performante, un mediu legislativ deficitar poate avea consecințe negative. Succesul introducerii fondurilor de pensii în România va depinde și de legiferarea unor reguli clare privind regimul juridic în general și, contabilitatea fondurilor de pensii, în special.

\* \*  
\*

Concluzionând, din punct de vedere juridic nu există nici un obstacol care să obstrucționeze alinierea legislației românești în materia asigurărilor sociale la standardele și normele comunitare.

Analiza noastră a identificat însă unele aspecte relevante pentru viabilitatea sistemului național de pensii și care indirect au un impact asupra succesului strategiei de integrare europeană:

- nivelul critic al deficitelor înregistrate la bugetul asigurărilor sociale de stat
- gestionarea trecerii de la sistem PAYG la cel multipilon și finanțarea perioadei de tranziție
- aspecte legate de aplicarea legii: legiferarea statutului autorității de control și supraveghere

---

<sup>82</sup> Cartea Verde „Pensiile suplimentare și Piața Unică” COM (97) 283 din iunie 1997

- capacitatea de colectare: clarificarea structurii aparatului de colectare a contributiilor – o agentie unica de colectare a tuturor contributiilor sociale ori mai multe unitati care colecteaza separat diferite contributii sociale.
- asigurarea transparentei: simplitatea prevederilor legale, cadrul legislativ stabil.

Dobândirea statutului de stat membru al Uniunii Europene constituie un obiectiv national statuat în majoritatea documentelor guvernamentale. Ca atare, eforturi sustinute au fost si sunt în continuare depuse în vederea îndeplinirii criteriilor de aderare si deschiderii tuturor capitolului de negociere. Oficialitatile responsabile cu elaborarea politicilor în domeniu sunt mai active ca niciodata, încercând sa recupereze întârzierile si sa respecte termenele stabilite pentru implementarea reformei în domeniu. În acelasi timp au fost create si instrumentele necesare de monitorizare, utile cu atât mai mult cu cât, în domeniul protectiei sociale, evaluarea progreselor este un proces complex. Masurarea progreselor în implementarea reformei si în transpunerea acquis-ului comunitar nu se raporteaza numai la normele cu forta juridica obligatorie, ci înglobeaza si principii, linii directoare, obiective comune, într-un cuvânt, „soft” acquis.

Revenind la criteriile propuse pentru evaluarea procesului de reforma în România la începutul acestui raport, în ceea ce priveste criteriul viabilitatii financiare primele masuri adoptate, desi cu întârziere, sunt încurajatoare. Pilonul public de pensii a fost restructurat, strategia de reforma a pensiilor în România urmând sa fie completata de introducerea unui sistem multipilon, ameliorând astfel viabilitatea sistemului national de pensii.

În ceea ce priveste conformitatea cu normele si standardele comunitare, acquis-ul comunitar este transpus în ordinea juridica interna, iar libera circulatie a persoanelor nu este îngradita de nici un obstacol legislativ intern. Cu toate acestea, coordonarea eficienta a sistemelor nationale de securitate sociala este conditionata de functionarea corespunzatoare a institutiilor abilitate, or în aceasta privinta, eforturile nu trebuie sa se opreasca aici.

Strategia României în vederea integrarii europene vizeaza în principal transpunerea acquis-ului comunitar, raportându-se într-o mai mica masura la aspecte privind implementarea si/sau constructia institutionala. Institutiile relevante sunt deja create, dar o definirea mai clara a functiilor si atributiilor lor este necesara în vederea ameliorarii transferului de practici si metodologii de lucru. Fara îndoiala, acest ultim aspect constituie pentru România o adevarata provocare.

Progrese semnificative au fost înregistrate, în special în ceea ce priveste transpunerea acquis-ului comunitar, însa se impune accelerarea implementarii aspectelor relevante pentru acquis-ul soft, constructia institutionala si întarirea capacitatii administrative.



## CAPITOLUL 3 SISTEMUL DE SANATATE DIN ROMÂNIA

### 3.1 PREZENTARE GENERALA

#### 3.1.1 Starea de sanatate

Datele statistice asupra nivelului de sanatate înregistrate de tarile din Europa Centrala si de Est sunt în medie mai bune decât s-ar fi putut aprecia prin raportarea la PIB. România reprezinta exceptia din acest punct de vedere. De-a lungul perioadei de tranzitie, cheltuielile înregistrate cu sistemul de sanatate au atins 3% din PIB, mai puțin decât în tarile vecine. Speranta de viata era de asemenea redusa, iar mortalitatea infantila ridicata. Ca urmare a politicilor nataliste ale regimului Ceausescu, avorturile erau practic ilegale, ceea ce a determinat urias rate ale mortalitatii materne. Liberalizarea avorturilor de după 1989 a condus la o dramatica crestere a numarului de avorturi în primii ani, dar si la o descrestere a ratei mortalitatii infantile (RMI). Spre sfârșitul anilor '80 au reaparut si cazurile de malnutritie. Morbiditatea pentru bolile transmisibile era ridicata, si continua sa mai fie – îndeosebi în ceea ce priveste hepatita (A si B) si tuberculoza. Populatia infectata cu HIV este constituita în principal din copii, ca rezultat al infectiilor în urma unui act medical (însa numarul cazurilor noi a atins maximul la începutul anilor '90). Cu toate acestea, bolile cardiovasculare si cancerul reprezinta principala cauza a mortalitatii, la fel ca în Europa de Vest; diferenta consta în faptul ca în România incidenta acestora continua sa creasca. Cele mai îngrijoratoare statistici cu privire la starea sanatatii sunt prezentate în tabelele de mai jos.

**Tabel 12: Rata mortalitatii 1981 – 2000**

	1.000 locuitori																			
An	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rata	10,0	10,0	10,4	10,4	10,9	10,7	11,3	11,0	10,6	10,7	10,9	11,7	11,7	11,7	12,0	12,7	12,4	12,0	11,8	11,4

Sursa: Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, Ministerul Sanatatii si al Familiei

**Tabel 13: Mortalitatea în functie de cele mai importante cauze 1989 – 2000. Date selectate**

	Decese la 100.000 de locuitori											
Afectiuni	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tuberculoza	5.6	6.9	7.3	8.6	10.2	10.5	11.3	11.4	11.8	10.5	9.6	9.5
Tumori	141.6	142.1	144.7	153.0	158.9	162.2	165.5	170.3	173.6	174.6	176.7	184.0
Afectiuni cardiovasculare	617.6	627.0	658.2	707.8	712.3	709.9	736.1	785.9	761.5	738.6	737.0	701.8

Sursa: Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, Ministerul Sanatatii si al Familiei

**Tabel 14: Incidenta specifica pentru afectiunile selectate.**

Tipuri de afectiuni	Cazuri noi la 100.000 de locuitori.											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Afectiuni infectioase si parazitare	3183.3	2839.7	2717.3	2870.6	3172.9	3713.0	3728.6	3038.9	3163.6	3403.6	3005.1	3330.0
Afectiuni endocrine, nutritionale si metabolice	479.5	353.3	314.9	386.8	483.4	488.3	536.2	521.6	518.3	560.7	570.9	937.4
Afectiuni respiratorii	31436.1	28866.3	27388.4	30275.2	31593.1	32207.1	32797.1	35652.5	31756.3	30719.6	29318.3	30083.3
Afectiuni urogenitale	2675.6	2563.9	2574.9	2791.5	2913.6	2925.5	3201.9	3088.0	2989.7	3043.1	2768.8	3394.4

Sursa: Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, Ministerul Sanatatii si al Familiei

**Tabel 15: Principalele afectiuni infectioase si parazitare în România.**

Afectiune	Cazuri noi la 100.000 de locuitori											
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tuberculoza	58,3	64,6	61,6	73,4	82,5	87,3	95,0	98,6	95,8	101,2	104,1	105,5
Sifilis	19,8	23,2	25,9	26,0	26,5	29,1	35,0	32,2	34,2	34,5	36,9	45,17
Hepatita virala - tip A	307,0	283,4	182,6	87,4	65,5	84,8	106,8	81,3	68,3	52,1	78,0	97,8
Meningita cerebrospinala	2,5	1,2	1,1	1,2	0,97	0,88	0,58	1,01	1,19	1,25	1,76	1,2

Sursa: Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentare Medicala, Ministerul Sanatatii si al Familiei

### 3.1.2 Reforma sistemului de sanatate

#### Primii pasi

Schimbarile din sectorul asistentei medicale au avansat în România mult mai lent decât în alte tari din Europa Centrala si de Est. Prima schimbare majora a fost privatizarea. Aceasta a progresat mai mult în domeniul stomatologiei, care a fost privatizata pe scara larga. Sectorul farmaceutic a suferit de asemenea schimbari la toate nivelurile: vânzarea cu amanuntul a fost complet privatizata, vânzarea în sistem angros a fost aproape integral privatizata, iar capitalul privat a patruns si în sectorul de productie.

Cea mai importanta reforma a fost un proiect pilot care a început în 1994 si care a ajuns sa acopere 8 judete (dintr-un total de 41). Experimentul a constatat în dezvoltarea asistentei medicale primare, cu *doctori de familie* platiti printr-un sistem ce combina însumarea punctelor bazate pe capitate, ajustata în functie de vârsta pacientului (60%) cu onorariul pentru servicii (40%). Valoarea punctelor era variabila, de exemplu descrestea odata cu cresterea numarului de pacienti înregistrati la un medic de familie. Doctorii de familie detineau rolul de filtru la intrarea în sistemul de asistenta medicala. Sistemul a fost formal

abandonat după schimbarea de guvern care a urmat alegerilor parlamentare și prezidențiale din 1996. Cu toate acestea, reformele în sistemul de asigurări sociale continuă cele mai multe din elementele acestui proiect pilot.

Prin schema pilot, nivelul de satisfacție din partea doctorului și a pacientului a crescut, iar sistemul a reușit în parte să atingă obiectivele propuse. Numărul de trimiteri către policlinici și spitale s-a redus cu un sfert și respectiv jumătate. Cu toate acestea, internările în spital și prezentările la camerele de gardă au rămas constante, iar prescripțiile au crescut cu 30%. În plus, medicii generalisti s-au plâns de cantitatea mare de hârtii de completat care, în lipsa unor calculatoare, s-au dovedit a fi dificil de manevrat.

### *Asigurările sociale*

După o trecere lentă prin parlamentul bicameral, Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate (LASS) a fost promulgată de către președinte în iulie 1997 și a intrat în vigoare la data de 1 ianuarie 1998. Sistemul creat de noua lege a fost implementat de-a lungul unei perioade de tranziție și a intrat complet în vigoare la data de 1 ianuarie 1999. Alte legi vizând reorganizarea sectorului spitalicesc, serviciile de sănătate publice și profesia de medic au trecut prin parlament la o dată ulterioară.

LASS a instituit asigurarea socială de sănătate, finanțată prin contribuții din veniturile salariale. Sistemul este administrat de o rețea descentralizată de fonduri regionale de asigurări de sănătate, care contractează furnizorii, în limitele stabilite de contractul cadru național. Legea permite încheierea unei asigurări suplimentare, voluntare, private - una din prioritățile impuse de noua guvernare în 2001. LASS garantează dreptul pacientului de a-și alege furnizorul la toate nivelurile, ca de altfel și casa de asigurare, însă medicul de familie are rolul de filtru pentru accesul în sistem. Contractul cadru stabilit anual la nivel național specifică pachetul de servicii de bază, care trebuie furnizat de fiecare casă de sănătate.

### **Sistemul de guvernanta**

Sistemul de sănătate este descentralizat. Platitorul a devenit Casa Județeană de Asigurări de Sănătate (CJAS) care colectează contribuții sociale de la membri. Sunt 42 de Case de asigurări județene (una pentru fiecare din cele 41 de județe, plus Casa de Asigurări din București, capitala, care răspunde pentru 10% din populație). Pe lângă casele județene de sănătate, funcționează și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), care administrează fondul de solidaritate (redistributie) la care casele județene trebuie să contribuie. Consiliile administrative ale caselor de asigurări de sănătate județene și cel al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt desemnate de către partenerii sociali (sindicate și pensionari, asociații de angajatori și consilii județene, respectiv autorități centrale). Schimbările recente ale legislației au redus puterea consiliilor de administrație, care au acum un rol consultativ, în favoarea directorului general numit al CJAS.

Pe lângă sistemul CNAS / CJAS, mai există două Fonduri Speciale de Sănătate, relicve ale fostelor sisteme socialiste de sănătate paralele: Casa de Sănătate din Transporturi (care cuprinde angajații din sectorul transporturilor publice, în principal caile ferate) și Casa de Sănătate Lege și Ordine (COPSNAJ - care include angajații din sectoarele apărare, poliție și justiție). Aceste fonduri separate, cuprinzând unii dintre cei mai bine

platiti si disciplinati contribuabili, îndeplinesc aceleasi functii ca o CJAS normala si contribuie la fondul de redistributie, însa relatia lor cu CNAS ramâne o problema nerezolvata.

Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si Colegiul National al Medicilor negociaza contractul cadru, cu aprobarea Ministerului Sanatatii si Familiei(MSF). Contractul cadru este apoi promulgat sub forma unei Ordonante de Guvern. Contractul cadru cuprinde pachetul de servicii de baza oferit, precum si rambursarile care se acorda furnizorilor. În limitele stabilite de acest contract, fondurile regionale de sanatate vor contracta furnizorii locali (medici generalisti, spitale, etc.). CNAS si MSF decid anual lista de medicamente compensate, cu aprobarea Colegiului Medicilor, si în urma consultarii cu Colegiul Farmacistilor. O comisie nationala creata de CNAS, MSF si Colegiul Medicilor are rolul de a controla calitatea serviciilor medicale si procedura de acreditare a personalului medical, iar împreuna cu altii, decide programele de preventie. Aceleasi doua institutii formeaza o Comisie de Arbitraj paritara, ale carei decizii sunt executorii. Ariile de responsabilitate sunt prezentate pe scurt în tabelul 16.

**Tabel 16: Responsabilitatile institutiilor**

Sarcini	Ministerul Sanatatii	Casa Nationala de Asigurari	Colegiul Medicilor
Contractul Cadru	X	X	X
Lista de Medicamente	X	X	X
Aprobarea Echipamentului Medical de Înalta Performanta	X	X	X
Programe de Protectie a Sanatatii	X	X	X
Comisia de Arbitraj		X	X
Calitatea Serviciilor			
Supraveghere			
Acreditare			
Servicii Medicale si stomatologice		X	X

X = Responsabilitate

Sursa: Institutul pentru Administrarea Serviciilor de Sanatate, 1997

### *Finantare*

Sursele de finantare ale serviciilor de sanatate sunt taxele pe asigurari de sanatate, bugetul de stat si co-platile. Contributiile asiguratilor reprezinta 7% din salariul brut, la care se adauga o contributie de 7% din fondul de salarii platit de catre angajator. Aceasta contributie sociala a fost dedusa din impozitul pe venit, respectiv din impozitul pe profit. Pensionarii si cei care primesc ajutor de somaj platesc o contributie de 7% din beneficiile lor. Contributia pentru beneficiarii de ajutor social este platita de la bugetul asigurarilor sociale (N.B. asigurarea sociala este separata de asigurarea sociala de sanatate). Câteva categorii de cheltuieli speciale, cele mai importante fiind investitiile de capital, sunt platite de Ministerul Sanatatii si al Familiei, de la bugetul national. Autoritatile locale pot plati costurile de întretinere. Co-platile se aplica îndeosebi medicamentelor, însa guvernul planuieste sa extinda rolul lor.

Contributiile sociale sunt colectate la fondul judetean al asigurarilor de sanatate, si 25% din veniturile lor lunare sunt transferate la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate pentru a forma fondul de solidaritate. Casele judetene trebuie sa depuna cereri la CNAS pentru a avea acces la aceste fonduri.

Fondurile de sanatate au înregistrat o performanta de colectare relativ buna. În fiecare an sumele colectate au depasit proiectiile initiale. Desi acest fapt este explicat de existenta unor rate ale inflatiei mai mari decât cele estimate (ceea ce a dus la cresterea salariilor nominale si astfel a valorii nominale a fondurilor colectate), si alti factori au avut un rol important. Valoarea relativ scazuta a contributiei de sanatate (14% din salariu) sa dovedit a fi mai tentanta pentru agentii economici (în comparatie cu 35% contributii la fondul de pensii si alte ajutoare sociale). Prezenta partenerilor sociali (îndeosebi a reprezentantilor sindicatelor) în consiliile administrative ale fondurilor regionale a îmbunatatit de asemenea colectarea de la marile companii de stat (principalii datornici la fondul de pensii).

Principala provocare, la nivel de venit, a reprezentat-o constrângerile impuse de Ministerul Finantelor Publice, care a împiedicat în mod regulat casele de sanatate sa cheltuiasca în întregime sumele colectate. Alt risc care merita mentionat aici este esecul de a stabili o legatura între accesul la servicii si plata contributiei. În pofida prevederilor legii, accesul la serviciile de sanatate ramâne practic nerestricționat, ceea ce descurajeaza plata contributiei. Guvernul a afirmat în 2002 ca intentioneaza sa rezolve aceasta situatie, însa rezultatele se lasa înca asteptate.

#### *Asistenta medicala primara*

Prin intermediul reformelor initiate, medicii de medic ina generala, numiti medici de familie, își asuma rolul de filtru, controlând prin trimiteri accesul la asistenta medicala superioara: spitale (asistenta medicala institutionalizata) si specialisti (ambulatoriu). Ei încheie contracte cu fondul de sanatate din judetul unde își au cabinetul. Pentru a fi eligibili, trebuie sa fie acreditati legal si sa fie membri ai Colegiului Medicilor. Mediciniei generale i se acorda deja o atentie mai mare în educatia medicala, fiind ridicata la statutul de specializare – înainte medicii generalisti erau medici fara specializare.

Pacientul are dreptul sa își aleaga doctorul de familie si sa își schimbe optiunea dupa trei luni. Asistenta medicala primara este gratuita pentru pacienti, iar co-platile se aplica doar pentru produsele farmaceutice.

Exista aproximativ 11,800 de medici generalisti, cei mai multi dintre ei desfasurându-si activitatea în cabinete private. Sistemul de plata practicat combina punctele bazate pe capitate (copiii si batrânii “valorând” mai mult), cu onorariul pentru servicii profilactice si o suma fixa pentru practica medicala. Autoritatile locale au posibilitatea de a oferi stimulente speciale pentru personalul medical din zonele defavorizate. Un doctor de familie are în grija pâna la 1500 de pacienti; este acest prag onorariul *per capita* descreste.

Principala problema a sectorului asistentei medicale primare este lipsa personalului calificat pentru activitati preventive si asistenta la domiciliu. În plus, nu exista o acoperire uniforma a teritoriului cu medicii generalisti, satele fiind cele mai dezavantajate din acest punct de vedere. O alternativa este renuntarea la descurajarea medicilor generalisti de a înregistra mai mult de 1500 de pacienti în zonele defavorizate. Asa cum vom arata în continuare, rolul medicilor de familie ca filtru este destul de slab, si multi pacienti înca îi ocolesc. Situatia nu pare a se îmbunatatii, în conditiile în care medicilor de familie le

lipseste echipamentul si, de multe ori, calificarea, ceea ce transmite pacientului mesajul ca medicul de familie este doar un intermediar putin folositor.

#### *Asistenta medicala secundara si terciara*

Asistenta medicala specializata este furnizata în ambulatoriu si în centre de diagnostic, cel mai adesea publice. Unul din obiectivele reformelor din România este schimbarea accentului de pe sectorul secundar pe cel primar. Pentru aceasta, accesul la sectorul secundar este, cel puțin în teorie, restrâns prin trimiteri din partea medicilor de familie. Pacientii au totusi dreptul de a alege specialistul al carui sfat îl doresc. Metoda de plata este onorariul pentru servicii, contrabalansata în unele cazuri de co-plati.

Tratamentul în spitale consuma cea mai mare parte din resursele sistemului de sanatate românesc. Se estimeaza ca aproximativ 20% din internari sunt mai curând cazuri sociale si mai puțin medicale. Suprasolicitarea serviciilor spitalicesci este stimulata de sistemul de plata. În prezent, spitalele sunt finantate de CJAS prin bugete. Acestea sunt construite în conformitate cu un set de criterii de utilizare (numarul de internari, costul de spitalizare mediu/zi, durata medie de spitalizare), pe baza cheltuielilor anterioare, sunt inflexibile (administratiei nu îi este permis sa mute banii între departamente), toate sumele trebuie cheltuite pâna la sfârșitul anului financiar în curs si, în scopul de a mentine nivelul bugetului pentru anul urmator, o rata de ocupare de 75% este necesara. În afara de bugetul de la CJAS, costurile de întreținere sunt acoperite de consiliul local, iar investitiile de capital (ex.: achizitionarea de echipament) de catre MSF. Noul proiect de lege pentru spitale, propus de guvern, ar permite spitalelor un acces restrictionat la împrumuturi sau folosirea veniturilor de la CJAS pentru a acoperi cheltuielile de capital.

Personalul este platit cu salarii fixe, însa poate obtine venituri aditionale pentru ore suplimentare si ture de noapte. Cu toate acestea, se estimeaza ca cea mai mare parte din venitul unui doctor provine din platile pacientilor.

Exista mari diferente în tre ratele de ocupare din cadrul sectorului spitalicesc, în functie de localizare, de profilul medical. Structura sectorului spitalicesc este prezentata în tabelul 17. Cele mai multe spitale se afla înca în proprietate publica si sunt administrate public (de autoritatile locale sau centrale). Multe spitale ofera în prezent facilitati hoteliere private (bazate pe onorariu). Guvernul intentioneaza sa permita de asemenea si privatizarea individuala a unor clinici medicale. Spitalele cheie vor ramâne în mâinile statului – sunt definite ca spitale universitare si centre clinice de înalta performanta.

În scopul de a controla numarul de internari, cu exceptia urgentelor, ar trebui folosite trimiteri (din partea medicilor de familie si a specialistilor), însa implementarea acestei politici a esuat pâna în prezent. Cea mai importanta schimbare ce afecteaza sectorul spitalicesc este introducerea de proba a sistemului de plata de tip DRG (Diagnose Related Groups – Grupuri de Diagnostic) în 23 de spitale începând cu ianuarie 2002.

**Tabel 17: Spitalele din România**

<i>Tipuri de spital</i>	<i>Numar</i>
Rural	90
Urban	245
Judet	30
Clinici specializate	97

Recuperare balneo-climaterica	22
Total	484

Sursa: CNAS, 2001

### *Medicamente*

Câteva elemente merita a fi luate în considerare în ceea ce privește sectorul farmaceutic. În primul rând este sectorul în care privatizarea se afla în stadiul cel mai avansat. Atât vânzarea cu amanuntul cât și cea în sistem angros sunt practic în întregime private. Cei mai mari producatori interni au fost, sau urmeaza sa fie, privatizati în scurt timp. Proportia ridicata de capital privat din acest sector înseamna ca el este mai sensibil la forțelor pietei, și deci statul are mai putine ocazii sa se implice în deciziile administrative și mai multe oportunitati de a apela la stimulente economice.

În al doilea rând, România detinea recordul (împreună cu Republica Ceha) ca cel mai mare consumator de medicamente din Europa Centrala și de Est (calculat ca un procentaj din totalul cheltuielilor cu sanatatea). Aceasta situatie s-a schimbat de-a lungul ultimilor ani. Cu toate acestea, proportia mare a cheltuielilor pentru medicamente și faptul ca cea mai mare parte a acestor cheltuieli se duce pe importuri transforma aceasta parte a bugetului pe sanatate într-o tinta prioritara pentru limitarea costurilor.

În sfârșit, disponibilitatea medicamentelor compensate este și ea o problema politica foarte importanta. Lipsa fondurilor publice duce la întârzieri în rambursarea farmacistului de la bugetul de sanatate pentru pretul medicamentelor compensate, ceea ce determina apoi multe farmacii sa refuze comercializarea de medicamente compensate, pacientii fiind forțati sa plateasca pretul integral. Guvernul a intervenit prin restrictionarea numarului de farmacii care au dreptul sa comercializeze medicamente compensate.

În sectorul spitalicesc, accesul la medicamente este, din nou cel puțin în teorie, gratuit pentru pacient. Medicamentele sunt achizitionate de spital, prin licitatie, și platite cu bani de la CJAS. Se are în vedere crearea unui program national de achizitionare de medicamente.

În sectorul de asistenta medicala ambulatorie, se aplica diferite seturi de reguli. Exista o lista de medicamente pentru 26 de afectiuni grave, la care accesul pacientului este gratuit, iar finantarea este furnizata de programele nationale de sanatate (vezi mai jos). Pentru alte afectiuni, exista o lista de 256 INN (international non-proprietary names) pentru care se aplica sistemul de preturi de referinta (varianta 1). Aici CJAS ramburseaza 70% din pretul de referinta, diferenta pâna la pretul integral fiind suportata de pacient. Pentru toate celelalte medicamente, plata se face integral de catre pacient.

Exista o lista de medicamente ce se elibereaza doar pe baza de rețeta. Aprobarea comercializarii medicamentelor este realizata de catre Agentia Nationala a Medicamentelor. Stabilirea pretului medicamentelor se face cu aprobarea Ministerului Sanatatii și al Familiei. O alta masura de limitare a costurilor este stabilirea lunara a bugetului de prescriptii al medicului de familie. Mai mult, recent, guvernul a permis farmacistilor sa înlocuiasca în rețete medicamentele prescrise de medic cu alte medicamente cu compozitie similara, dar mai ieftine.

### *Rolul Ministerului Sanatatii*

Prin crearea Fondului National de Asigurari de Sanatate, Ministerul Sanatatii si Familiei si-a pierdut cele mai multe din functiile administrative. El si-a pastrat totusi importante functii de reglementare. În plus, ministerul administreaza "Programele Nationale de Sanatate", reprezentând aproximativ 20% din cheltuielile publice pentru sanatate. Programele Nationale de Sanatate au oarecum legatura cu conceptul de tinte ale Organizatiei Mondiale a Sanatatii (OMS), dar sunt centrate mai mult pe stabilirea de prioritati si mai putin pe îndeplinirea unor obiective masurabile. Mai jos am introdus lista cu programele nationale de sanatate în curs de desfasurare.

### **Programele Nationale finantate de Ministerul Sanatatii si Familiei în anul 2001**

*NO. Numele programului de sanatate*

1. Programul pentru supravegherea si controlul bolilor infectioase.
2. Programul pentru imunizari.
3. Programul pentru supravegherea si controlul tuberculozei.
4. Programul pentru supravegherea si controlul infectiilor cu HIV / SIDA.
5. Programul pentru prevenirea si controlul bolilor cu transmitere sexuala.
6. Programul pentru controlul infectiilor nosocomiale.
7. Programul pentru transfuziile de sânge si afectiunile hematologice.
8. Programul pentru prevenirea si controlul dependentei de droguri si a patologiei asociate.
9. Programul de actiune referitor la mediu si sanatate (impactul factorilor de risc din punct de vedere al mediului înconjurator)
10. Programul pentru supraveghere a gradului de sanatate al colectivitatilor de copii si adolescenti.
11. Programul de supraveghere al factorilor de risc de la locul de munca si al riscului profesional.
12. Programul de planificare familiala si de protectie a sanatatii mamelor si copiilor.
13. Programul de sanatate mintala si de preventie a patologiei psihosociale si psihiatrice.
14. Programul pentru protectia si prevenirea îmbatrânirii.
15. Programul pentru prevenirea si controlul bolilor cardiovasculare.
16. Prevenirea patologiei renale si a dializei.
17. Programul pentru prevenirea si controlul patologiei cancerului.
18. Programul pentru prevenirea hemofiliei si talasemiei.
19. Programul pentru prevenirea si controlul diabetului.
20. Programul de prevenire, recuperare ortopedica si de trauma la adulti si copii.
21. Programul pentru prevenirea patologiei endocrine.
22. Programul pentru preventie dentara.
23. Programul pentru reabilitarea centrelor nationale de referinta pentru laboratoare.
24. Programul de sanatate publica pentru servicii de sanatate standardizate.
25. Programul pentru promovarea nivelului de sanatate si pentru educatie de sanatate.
26. Evaluarea nivelului de sanatate publica si supravegherea demografica.
27. Programul pentru specializarea continua si strategia de resurse umane.
28. Programul pentru diagnoza rapida si prevenirea afectiunilor neurologice.
29. Programul pentru reabilitarea serviciilor de urgenta pre-spitalicesti.
30. Programul pentru acreditarea unitatilor de sanatate publica si serviciilor de interes national.
31. Programul pentru prevenirea si recuperarea balneo-climaterica.
32. Programul pentru tratament medical în strainatate.



33. Programul pentru transplant de organe, tesuturi si maduva spinarii.
34. Programul MSF de rezerve pentru situatii speciale.
35. Programul de protectie a copiilor.
36. Programul de administrare, pentru a alte institutii si a activitatilor de cheltuieli.

### 3.1.3 Impactul reformelor

România consuma pe sanatate 2-3% din PIB. Aceasta a reprezentat partea cea mai redusa din PIB acordata sanatatii din rândul tarilor din Europa Centrala si de Est – chiar daca, conform Bancii Mondiale, a reprezentat un procent în acord cu nivelul de dezvoltare a tarii. Nivelul de sanatate al populatiei române arata de asemenea mai rau decât în tarile vecine. În acest context, creatorii de politici au considerat nivelul de cheltuieli insuficient, iar asigurarea sociala a fost introdusa pentru a atenua aceasta situatie.

Tabelul 18 arata ca, de la introducerea sa în 1998, asigurarea sociala si-a atins acest obiectiv. Cheltuielile publice pe sanatate au crescut la 4% din PIB. Când se adauga cheltuielile private, întreaga suma urca pâna la 5%. Daca aceasta este înca o suma redusa în comparatie cu practicile din Uniunea Europeana, si chiar raportata la statisticile altor tari din Europa Centrala si de Est, ea reprezinta fara îndoiala o crestere importanta în termeni comparativi de la începutul anilor '90.

**Tabelul 18: Evolutia cheltuielilor cu sanatatea – termeni comparativi**

Surse de finantare	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cheltuieli totale pe sanatate publica (miliarde LEI, valori nominale)	24	62	185	592	1544	2213	3228	7064	11600	20969	28817
Cheltuieli totale din PIB pentru sanatatea publica (%)	2,7	2,8	3,1	3,0	3,1	3,1	3	2,8	3,2	4,0	4,0
Cheltuieli private pe sanatate (miliarde LEI, valori nominale)	7,5	16,5	-	-	-	-	767	1782	3120	4673	-
Cheltuieli totale din PIB pentru sanatatea publica (%)	3,5	3,5					3,7	3,5	4,1	4,9	-

Chiar si în termeni absoluti, cresterea resurselor este substantiala. Tabelul 19 prezinta evolutia cheltuielilor cu sanatatea calculate în dolari. Cheltuielile absolute au scazut odata

cu începutul tranziției – partea din PIB rămâne constantă, însă PIB s-a contractat. Introducerea asigurării sociale a rezultat într-o creștere absolută de aproape 25% în 1990, și peste 30% în 1997 (ultimul an înainte de introducerea finanțării pentru asigurarea socială de sănătate).

**Tabelul 19: Evoluția cheltuielilor cu sănătatea – valori absolute**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total											
Cheltuieli Publice pe Sănătate (milioane USD)	1090	816	601	779	933	1088	1047	985	1307	1368	1340

Asigurarea socială a devenit acum, de departe, una din sursele principale de finanțare pentru sectorul sănătății. Tabelul 20 prezintă evoluția surselor de finanțare. În prezent, asigurarea socială este răspunzătoare pentru mai mult de 80% din resursele consumate de sistemul de sănătate.

**Tabelul 20: Principalele surse de finanțare pentru sectorul de sănătate**

Sursa de finanțare (%)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Taxe	100	100	100	100	100	100	100	100	36,2	21,6	19,9
- naționale	100	100	82,7	61,7	64,6	62,5	64,5	64,3	31,6	18,7	16,5
- locale	-	-	-	17,1	17,0	18,2	19,1	18,8	0,6	0,5	0,5
- impozit pe sănătate	-	-	17,3	21,3	18,3	19,2	16,4	16,9	4,0	2,4	2,9
Asigurare socială	-	-	-	-	-	-	-	-	63,8	78,4	80,1

### *Sectorul spitalicesc*

România a început reformele cu un sector spitalicesc supradimensionat – nu cu mult diferit însă de celelalte țări din Europa Centrală și de Est. Principalii indicatori folosiți pentru a evalua sectorul spitalicesc sunt:

- ?? Numărul de paturi
- ?? Ratele de ocupare
- ?? Numărul de internari și
- ?? Durata de internare

În ultimele date disponibile, România apare cu cifre în partea superioară a intervalului așteptat pentru toți acești indicatori. Rata de internari (aproximativ 20/100 persoane), și durata de internare (circa 10 zile) sunt în partea superioară dacă ne referim la regiunea OMS Europa în ansamblu și medii pentru țările din Europa Centrală și de Est. Rata de ocupare (circa 75%) se încadrează în jumătatea inferioară, în timp ce numărul de paturi (peste 7/1000 locuitori) în cea superioară.

În evaluarea acestei performante, trebuie să luăm în considerare faptul că toate țările cu care ne comparăm se confruntă cu o situație dificilă în sectorul spitalicesc: toate încearcă să reducă numărul de paturi, numărul de internări și durata spitalizării și să crească rata de ocupare. O situație care este puțin mai rea decât media lor rămâne problematică.

Totuși ceea ce este important este faptul că de-a lungul anilor '90 acești indicatori s-au mișcat în direcția bună. Numărul de paturi a scăzut mult, cu aproape 20%, în timp ce rata de internări a rămas practic constantă. Aceasta a dus la creșterea ratei de ocupare. Durata internării a scăzut cu până la 15%.

Cea mai importantă concluzie din punctul de vedere al finanțării este aceea că indicatorii de utilizare nu s-au înrăutățit. Aceasta demonstrează că presiunea pentru un consum mare de resurse nu provine dintr-un număr mai mare de cazuri.

### *Finanțarea spitalelor*

În tabelul 21 sunt listate din nou așteptările artizanilor reformelor cu privire la alocarea resurselor în cadrul sectorului de sănătate. Putem vedea cu ușurință transferul de resurse ce era intenționat dinspre sectorul spitalicesc, către sectorul asistenței medicale primare.

**Tabelul 21 Planuri desarte: strategia pre-reforma din 1997.**

Tip de asistență medicală	Alocări prezente de resurse financiare (1997*)	Alocări de resurse financiare estimate
1. Spitale	50%	35%
2. Asistență medicală secundară	30%	30%
3. Asistență medicală primară	20%	35%

Sursa: BASYS, 1997

\* observația noastră

Tabelul 22 prezintă actuala cadere de alocări de resurse în cadrul sectorului de sănătate. În paralel cu actualele cheltuieli, sunt prezentate dispozițiile contractului cadru (redactat la începutul anului), și cele ale bugetului pe vară – modificarea pe termen mediu a bugetului.

**Tabelul 22: Cheltuieli cu sănătatea: comparație între cheltuielile actuale și sumele furnizate de Contractul Cadru Național (CCN), și corecțiile bugetului pe termen mediu (BTM)**

Tip de serviciu	1998	1999	1999	1999	2000	2000	2000	CoCa 2001 (%)
	Actual (%)	CCN (%)	BTM (%)	Actual (%)	CCN (%)	BTM (%)	Actual (%)	
Asistență primară	9,01	15,5	9,48	9,05	14,5-15	9,78	9,51	14,5-15
Asistență ambulatorie (specialiști)	5,85	11,75	6,62	6,11	8,75	7,85	7,23	8,75
Spitale	67,25	40,00	61,24	64,18	59-61	63,99	65,48	50-53

Medicamente subventionate	6,81	20,0	9,32	8,03	10-11	12,83	12,41	10
Stomatologie	2,66	4,25	2,76	2,36	2,5-3	1,58	1,43	3
Servicii de reabilitare	0,82	1,00	1,17	1,11	1	0,63	0,65	1-1,2
Proteze	3,23	3,00	0,62	0,28	1	0,33	0,28	1
Servicii de ambulanta	4,32	4,50	3,80	3,67	3-4	3,00	3,00	3
Programe de sanatate	0,06	0	4,99	5,20	0,1-1	0,00	0,00	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

În fiecare an cota de buget acordata este marita în bugetul de vara si ramâne în continuare depasita de cheltuielile curente. Reversul este valabil pentru asistenta medicala primara si consumul de medicamente. Aceste date demonstreaza incapacitatea sectorului spitalicesc de a respecta constrângerile bugeta re. Trebuie sa ne reamintim ca, în conformitate cu tabelul 23, resursele colectate în prezent au fost întotdeauna mai putine decât estimarile: venitul actual a fost redus în fiecare an în comparatie cu sumele înscrise în bugetul de vara. Aceasta a rezultat în cheltuieli mai reduse decât se astepta. În consecinta, o parte mai ridicata decât se anticipa pentru cheltuielile spitalelor înseamna resurse reale, pentru asistenta medicala primara si pentru medicamente, mai reduse decât asteptarile.

***Tabelul 23: Venituri si cheltuieli ale Fondurilor de Sanatate 1998-2000***

Miliarde LEI	1998			1999			2000	
	Legea bugetului	Modificare pe termen mediu a bugetului	Prezent	Legea bugetului	Modificare pe termen mediu a bugetului	Prezent	Legea bugetului	Modificare pe termen mediu a bugetului
Venit	10296	9541	8372	11967	20443	18386	26725	29002
Total cheltuieli	7626	7584	7403	11368	16997	15958	23907	25261
Fond de rezerva	-	-	-	598	962	806	1336	1450
Balanta	2669	1957	969	0	2484	1622	2292	2292

Pentru a încadra lucrurile în context, în tabelul 24 este prezentata reducerea cantitatii de resurse alocate sectorului de sanatate pentru tarile OECD.

***Tabelul 24: Reducerea cheltuielilor publice de sanatate pe sector în tarile OECD***

Cheltuieli publice în sectorul de asistenta medicala din totalul cheltuielilor publice pe sanatate (%)	Median	Medie	Maxim	Minim
Spitale	52	54	78	30
Medicamente	12	13	27	6
Servicii ambulatorii	20	21	40	8

Faptul critic este acela ca România cheltuiește, în termeni reali, mai mult pe spitale, și mai puțin pe asistența medicală primară, și medicamente în comparație cu cele mai multe țări OECD. În plus, trebuie să ținem seama că această reducere se bazează pe cheltuielile fondurilor de sănătate. Dacă s-ar lua în considerare și restul de 20% din cheltuielile publice, partea de cheltuieli care ar reveni spitalelor ar fi și mai ridicată.

Aceasta este încă și mai surprinzător, dacă ne raportăm la începutul anilor '90, când România era, împreună cu Republica Cehă, campioana consumului de medicamente. Se aștepta că procentul cheltuit, într-o țară ca România, pe medicamente să depășească procentajul similar înregistrat în țările occidentale, deoarece prețul pentru bunuri comerciale, de tipul medicamentelor, variază mai puțin între state decât prețul forței de muncă. De aceea sectoarele care folosesc intensiv forța de muncă ar trebui să obțină o parte mai mică din resursele totale în România, în comparație cu Europa de Vest.

### ***3.1.4 Probleme instituționale***

Există două mari probleme de design instituțional care afectează sistemul de sănătate al României. Prima se referă la natura non competitivă a fondurilor de sănătate, care sunt monopoluri județene, limitate și mai mult prin reglementări naturale (contractul cadru la nivel național). Aceasta are ca efect inexistența stimulentei pentru ca fondurile județene să se comporte ca un client selectiv. Acest argument și posibilele soluții de atenuare a situației prezente, sunt dezvoltate în următoarea secțiune.

A doua problemă nerezolvată este diviziunea muncii între sistemul fondurilor de sănătate și guvern, reprezentat îndeosebi de Ministerul Sănătății și al Familiei. Situația prezenta pune practic Casa Națională de Asigurări de Sănătate pe picior de egalitate cu Ministerul – cel puțin în termeni de protocol Președintele CNAS are statutul de Secretar de Stat cu drepturi depline. Cu toate acestea CNAS nu dispune de dreptul de a avea inițiative legislative, iar MSF își păzește cu gelozie prerogativele de unic responsabil pentru politicile de sănătate, chiar dacă o mare parte a acestor politici a fost implementată de către furnizorii de sănătate, subcontractați de fondurile de sănătate.

În prezent, versiunea inițială a LASS începe să aibă drept efect apariția unui “guvern local de sănătate”, cu consiliile fondurilor de sănătate direct alese pe o bază corporatistă, și finanțare independentă prin cei 7+7% cât însumează impozitul pe sănătate.

Alegerile directe au fost temporar înlocuite cu numiri ale membrilor consiliului de către partenerii sociali. Guvernul trebuie să decidă dacă revine la mecanismul inițial de alegeri, sau să facă actualul mecanism de nominalizare permanent. În plus schimbări repetate ale legii au consolidat rolul CNAS împotriva caselor județene, și au erodat puterea consiliilor în favoarea administratorilor generali desemnați. Rolul de redistribuire a crescut – 25%, față de 7% inițial, din veniturile la nivel județean sunt transferate la Casa Națională. În plus, Ministerul Finanțelor Publice a încălcat independența financiară a fondurilor de sănătate, restricționând suma pe care o pot cheltui din veniturile încasate. Acest lucru generează o situație stranie, în care avem venituri necheltuite de la fondurile de sănătate în timp ce datoriile sistemului de sănătate cresc. În sfârșit, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale se gândește la unificarea fondurilor de sănătate cu cele de pensie.

Situația curentă se caracterizează prin oscilări între CNAS și guvern. Ea nu duce la rezultate de politică bună, și este greu de crezut că va rezista. Evidența anecdotică sugerează că relația dintre personalul CNAS și MSF este mai curând una de non

cooperare. Aceasta lipsa de cooperare obstructioneaza dezvoltarea politicilor de sanatate, asa cum am descoperit în cazul eforturilor de integrare în UE.

Casa si-ar dori mai multa autonomie, precum si raspundere directa în fata Parlamentului în locul celei din fata Guvernului. Ministerul si-ar dori mai curând sa subordoneze Casa, în principal pe modelul Casei Nationale pentru Pensionari si Alte Drepturi de Asigurare Sociale. Merita sa reamintimca LASS româneasca a fost strâns modelata dupa modelul maghiar. Sistemul din Ungaria a evoluat catre cresterea centralizarii: alegerile pentru consilii au fost înlocuite cu nominalizari, iar Fondul National de Sanatate, presupus a fi independent, a fost integrat în Ministerul Finantelor Publice, si apoi subordonat Biroului Primului Ministru.

### ***3.1.5 Evolutii recente***

#### *Stimulente neadecvate*

Principala cauza a problemei o constituie lipsa unor stimulente institutionale adecvate pentru limitarea costurilor la nivelul spitalelor. Sectorul spitalicesc este foarte puternic din punct de vedere politic deoarece cuprinde elita corpului medical. Problema se agraveaza prin faptul ca membrii acestor elite fac parte din cei care iau deciziile la toate nivelurile sistemului de sanatate: administratori de sanatate, Ministerul Sanatatii si al Familiei, fondurile de sanatate, colegiul medicilor, si cea mai mare parte a politicianilor care se ocupa cu sanatatea.

Lipsa competitiei între fondurile de sanatate (care sunt monopoluri judetene, si de aceea nu trebuie sa concureze pentru clientii lor) creeaza un cadru institutional lipsit de orice stimulent care ar putea determina fondurile de sanatate sa preia aceste grupuri de interese puternice si sa impuna constrângeri bugetare stricte asupra spitalelor. Strategia dominanta este o alianta între cumparator si furnizor în scopul de a aproba costurile în buget.

În plus, autonomia administratorilor de spitale este limitata, ceea ce împiedica masurile de restructurare la care ar putea apela administratori de spitale bine-intentionati. Pe deasupra, singurul instrument pentru motivarea directorilor este mai curând amenintarea cu concedierea, din moment ce nici un fel de planuri de stimulare nu sunt disponibile.

#### *Planurile de reforma ale guvernului*

Conducerea din MSF a identificat reforma în sectorul spitalicesc ca fiind o prioritate. Este însa mai putin clar daca factorii de decizie înțeleg mecanismele care conduc la actuala situatie dificila, si daca da, cum vor putea politicile care au fost anuntate sa atenueze aceasta situatie.

Principalele initiative constau în schimbarea sistemului de finantare prin introducerea DRG (grupuri de diagnoza), si privatizarea partiala. Teoretic, optiunea pentru finantare mixta în locul costurilor actuale, ar încuraja spitalele sa fie mai eficiente. Problema este ca DRG în sine ar putea conduce la interventii mai eficiente, însa nu ar determina neaparat o reducere de ansamblu a costurilor. Si mai important, completa implementare a DRG este un proces foarte complicat, care va dura ani. O demonstreaza experienta Ungariei, prima tara din Europa Centrala si de Est care a utilizat aceasta metoda. De aceea oricare ar fi beneficiile pe care le-ar aduce, DRG nu poate fi o solutie pe termen

scurt. Aceste probleme se vor clarifica destul de repede deoarece din acest an sistemul DRG a fost introdus experimental într-un număr de spitale.

Privatizarea este o problema și mai complicată decât pare. Dacă aceasta înseamnă subcontractarea anumitor servicii, sau chiar privatizarea serviciilor de tip "hotel", ea va îmbunătăți eficiența. Privatizarea doar parțială a facilităților hoteliere risca să treacă o parte din costurile acestor facilități private în secțiunea publică a spitalului. O alternativă mult mai bună ar fi privatizarea integrală spitalelor (sau crearea unor spitale noi, cu capital complet privat).

În timp ce ambele politici au aspecte pozitive, ele nu reușesc să limiteze cheltuielile spitalelor și să rezolve criza ce amenință sectorul asistenței medicale primare și farmaceutice.

### *Un nou sistem de plată pentru spitale*

Actualul sistem de plată pentru spitale se remarcă mai degrabă prin problemele pe care nu reușește să le rezolve decât prin vreo reformă consistentă. Ca un semn al urgenței resimțite de criza sectorului spitalicesc, Parlamentul se confruntă cu două proiecte de lege a finanțării spitalului. Unul vine de la Ministerul Sănătății și al Familiei, iar celălalt este propus de Colegiul Medicilor (corpul profesional). Cele două proiecte au multe aspecte comune. Principala inovație adusă de guvern este creșterea autonomiei financiare a spitalului, prin acordarea posibilității de a împrumuta până la 15% din venitul contractat, cu condiția ca datoria totală să nu depășească 20% din bugetul anual. Proiectul Colegiului Medicilor merge mai departe, permițând ca amortizarea să fie contabilizată ca un cost.

Cu toate acestea, amândouă proiectele nu reușesc să rezolve unele probleme fundamentale:

#### *- Proprietatea asupra spitalului*

Alternativele sunt transferul spitalelor în responsabilitatea autorităților locale sau, și mai bine, acordarea statutului de organizații non-profit, autonome.

#### *- Autonomia financiară*

În ciuda permisiunii de împrumut, binevenită de altfel, conducerea spitalelor va continua să fie îngradită, și, un aspect important, să nu aibă stimulente pentru o completă responsabilitate financiară. Adoptarea oricărui din cele două proiecte de lege nu ar face decât să mențină o situație în care administrația nu este stimulată să economisească costurile non-operationale, care sunt furnizate pe baza discreționară de către autoritățile centrale sau locale (achiziționarea de echipament și construcțiile de dezvoltare sunt finanțate de la bugetul național, în timp ce costurile de întreținere ar fi asigurate de autoritățile locale). Aceasta contrastează cu situația în care costurile operationale ar fi acoperite de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, în conformitate cu Contractul Cadru Național, și care întreține o oarecare relație cu indicatorii de performanță (utilizare).

Controlul mai strict asupra posibilității managementului de a acumula arierate nu va avea mult efect dacă structura de stimulente nu va fi schimbată.

### 3.1.6 Concluzii

Cheltuielile spitalului nu sunt controlate, si epuizeaza resursele pentru produsele farmaceutice si pentru asistenta medicala primara. În pofida unei finantari pe ansamblu mai bune a sanatatii si a faptului ca rata de utilizare nu a crescut, spitalele consuma o parte si mai mare din resursele de sanatate. În ciuda salariilor mici, România se afla în situatia paradoxala de a aloca spitalelor o parte mai mare din resursele publice pe sanatate decât tarile OECD. Aceasta situatie prezinta riscuri sociale si politice evidente. În plus, submineaza rolul asistentei medicale primare ca si campion al reformei.

Initiativele guvernului cu privire la sectorul spitalicesc nu reusesc sa rezolve problema reducerii costurilor. În timp ce reorientarea catre finantarea mixta si privatizare sunt laudabile în sine, efectele nu se vor vedea decât multi ani de acum înainte. Privatizarea partiala (ca opusa privatizarii integrale) ar putea chiar sa agraveze situatia.

Noile proiecte cu privire la sistemul de plata al spitalelor cresc flexibilitatea financiara a administratiei. Includerea costurilor de depreciere în foaia de balanta, o propunere venita din partea Colegiului Medicilor, este în mod deosebit binevenita. Cu toate acestea, nici una din cele doua institutii nu merge suficient de departe:

- abilitatea de a finanta investitii este constrânsa de limitele impuse posibilitatii de a solicita împrumuturi;
- nu se introduce nici un factor de motivare pentru manageri; în schimb, se acorda încredere deplina controalelor administrative;
- mai mult decât atât, problema proprietatii nu este rezolvata.

Natura non-competitiva a fondurilor de asigurari de sanatate românesti va crea mereu probleme de lipsa a stimulării economice. Ele pot fi totodata partial atenuate prin:

- clarificarea problemei proprietatii asupra spitalelor, prin transferul acestora în subordinea autoritatilor locale, sau si mai bine prin transformarea lor în organizatii non-profit independente
- stimularea directorilor pentru ca acestia sa aloce eficient cheltuielile, prin finantarea capitalului si a cheltuielilor operationale în conformitate cu acelasi mecanism (ex. de la Fondul de Asigurari de Sanatate)
- crearea unor planuri de stimulare pentru managerii de spitale care sa recompenseze performantele bune



## 3.2 ACQUIS – CADRU LEGAL SI INSTITUTIONAL

### 3.2.1 *Introducere*

În ceea ce privește politica socială, întrucât Tratatul s-a referit numai la libera circulație a muncitorilor (articolele 39-42 ale Tratatului, anterior articolele 48-51) și la libertatea de a-și stabili reședința (articolele 43-48), Actul Unic European a dat un nou impuls, îndeosebi în cadrul unor domenii precum sănătatea, siguranța la locul de muncă sau dialogul social.

În prezent, politica socială este inclusă în capitolul 1, Titlul XI al Tratatului (articolele 136-145). Articolul 136 reamintește că politica socială se află în competența Uniunii și a statelor membre. Obiectivele acestei politici, în conformitate cu principiile Cartei Sociale Europene și a Cartei Drepturilor Sociale Fundamentale, cuprind promovarea ocupării forței de muncă, îmbunătățirea condițiilor de viață și a celor de muncă, o protecție socială adecvată, dialogul social, și dezvoltarea resurselor umane, oferind un nivel mai ridicat de ocupare a forței de muncă și intensificând lupta împotriva excluderii.

Se recomandă totuși luarea în calcul a limitelor de competență ale Uniunii în ceea ce privește securitatea socială. În acest spațiu, deciziile Consiliului trebuie adoptate în unanimitate sau, în anumite cazuri, cu o majoritate calificată. Pe de altă parte, Comisia Europeană poate, în spațiul său de competență, să adopte decizii care sunt mandatorii. Este totodată important să observăm că pagina de Internet a Uniunii Europene prezintă numai reglementările 1408/71 și 574/72, atunci când face referire la problema securității sociale, aceste reglementări referindu-se la aplicarea sistemelor de securitate socială angajaților sau celor care lucrează pe cont propriu și familiilor lor, care se deplasează în cadrul Comunității Europene.

Aceasta înseamnă că fiecare stat membru dispune practic de libertate de decizie în ceea ce privește alegerea sistemului său de securitate socială. Cu toate acestea, el trebuie să permită tuturor lucrătorilor – angajați sau lucrători pe cont propriu – să își desfășoare activitatea profesională – pe teritoriul său și să aibă acces, în aceleași condiții ca și naționali, la sistemul de securitate socială existent.

În spațiul său de competență, Uniunea Europeană a adoptat provizii specifice referitoare la securitatea socială:

- ?? Beneficii pentru boli și maternitate ;
- ?? Beneficii de invaliditate ;
- ?? Pensii de vârstă și pentru veterani ;
- ?? Accidente industriale și boli profesionale, capătate la locul de muncă;
- ?? Beneficii pentru somaj ;
- ?? Servicii și beneficii familiale.

În acest studiu, ne vom limita desigur la a analiza aspectele care tin de securitatea socială: celelalte domenii prezente în capitolele 2) și 3) sunt incluse în alte studii, și nu sunt relevante pentru domeniul acoperit de studiul de față.

### *Limite si perspective în politica sociala europeana cu privire la sanatate – principiul subsidiaritatii*

Tratatul pune bazele unei comunitati politice cu privire la protectia sociala. Functionarea acestei comunitati este însa împiedicata de mentinerea votului în unanimitate la nivelul Consiliului. Pe lângă aceasta, statele membre apeleaza la principiul subsidiaritatii, definit în articolul 5 al Tratatului, pentru a își conserva dreptul suveran de a lua decizii în domeniul sanatatii si al protectiei sociale.

Comunitatea Europeana actioneaza în limitele competentelor care i-au fost conferite si obiectivelor care iau fost alocate prin tratat. În domeniile care nu privesc aceasta competenta exclusiva, Comunitatea Europeana intervine, în conformitate cu principiul subsidiaritatii, numai în masura în care obiectivele actiunii considerate nu pot fi duse la îndeplinire în mod adecvat de catre statele membre si astfel, date fiind dimensiunile sau efectele actiunii considerate, pot fi mai bine îndeplinite la nivel comunitar. Actiunea comunitara nu merge mai departe decât ceea ce este necesar pentru a îndeplini scopurile acestui tratat.

Principiul subsidiaritatii nu are functia de a împarti competentele între nivelul comunitar si nivelul national. El intervine doar acolo unde apar competente concurente între Uniunea Europeana/Comunitatea Europeana si statele membre. În acest caz, principiul subsidiaritatii permite evaluarea dreptului legiuitorului comunitar de a interveni.

Altfel spus, desi supusa principiului subsidiaritatii, competenta (împartita) a Uniunii Europene în materie de protectie sociala si sanatate este recunoscuta. Ramâne totusi de determinat daca legiuitorul comunitar este mai îndreptatit sa intervina decât legiuitorii nationali.

### **3.2.2 Ne îndreptam spre o politica europeana de protectie sociala?**

Politica comunitatii a fost construita în contextul subsidiaritatii. În prezent ea se limiteaza sa sprijine si sa coordoneze actiunea statelor membre. Este o emanatie a ceea ce se poate numi „reguli soft” – masuri cu caracter non constrângatoare cum ar fi comunicarile sau recomandările, misiuni de coordonare sau promovare a cooperarii între statele membre.

Recomandarea Consiliului European cu privire la convergenta obiectivelor politice de protectie sociala constituie un bun exemplu. În domeniul sanatatii statelor membre li se cere:

- a) “sa asigure populatiei, având resedinta legala pe teritoriul statului membru, accesul la asistenta medicala necesara pentru prevenirea îmbolnavirilor, în conditiile agreate de fiecare stat membru;
- b) sa se ocupe de mentinerea si, daca este necesar, de dezvoltarea sistemului de asistenta medicala de calitate, adaptat la evolutia nevoilor populatiei si, în particular, la acele nevoi care apar din dependenta persoanelor în vârsta, ca si din necesitatea intensificarii masurilor preventive;
- c) sa organizeze, daca este necesar, refacerea convalescentilor si integrarea lor profesionala ulterioara, îndeosebi dupa o boala grava sau un accident.”

Sub presiunea Comisiei Europene, politica de protectie sociala a comunitatii a capatat gradual un continut concret. Comunicarea Comisiei Europene “Modernizarea si ameliorarea protectiei sociale în Europa” (1997) pune în discutie nevoia de modernizare a

sistemelor de protecție socială, în așa fel încât să continue să joace un rol esențial în întărirea coeziunii sociale și în intensificarea activității preventive împotriva excluderii. Pentru realizarea acestei reforme și în scopul de a obține angajamente concrete din partea statelor membre, Comisia Europeană a propus, într-o comunicare mai recentă („O strategie concertată în vederea modernizării sistemelor de protecție socială”-1999), o strategie de întărire a cooperării dintre statele membre. Aceasta se sprijină pe patru obiective între care garantarea unui nivel ridicat și durabil de protecție a sănătății.

Adoptată de Consiliul European în decembrie 1999, această strategie a fost ratificată de Consiliul de la Lisabona în Martie 2000. Cel din urmă a generalizat metoda cooperării consolidate, îndeosebi din cauza nevoii de a lupta împotriva excluderii sociale, prin intermediul schimbului de experiență și prin convergența politicilor aplicate de statele membre.

Ulterior, Consiliul European de la Nisa (7-8 Decembrie 2000) a fixat un cadru multi-anual de adoptare a măsurilor sociale, pe baza unei agende de politică socială elaborate de Comisia Europeană.

### ***3.2.3 O nouă strategie pentru politica de sănătate?***

Politica de sănătate din spațiul comunitar pare să urmeze aceeași evoluție. O cooperare mai strânsă este pe cale să se stabilească între statele membre. Tratatul de la Maastricht (1993) a creat baza legală care permite UE să dezvolte acțiuni comunitare în domeniul protecției sănătății. Fostul articol 129 al Tratatului de la Roma a acordat Comunității Europene rolul de promotor al cooperării între statele membre și în domeniul programelor de prevenire. El a permis dezvoltarea programelor de acțiune axate pe bolile grave – cancer, SIDA, dependența de droguri, etc. – dintre care unele existau chiar dinaintea reformei Tratatului de la Maastricht.

Criza vacii nebune a favorizat procesul de extindere a competențelor comunitare în ceea ce privește sănătatea publică. Tratatul de la Amsterdam (1997) a reformulat conținutul fostului articol 129 sub forma articolului 152. Acesta acordă un rol complementar comunității în ameliorarea sănătății publice, ca și în domeniul prevenirii bolilor, afecțiunilor umane și a cauzelor ce prezintă pericol pentru sănătatea umană (Articolul 152, 1, 2).

Cu toate acestea, deși a fost întărit rolul comunității, unul din aspectele principale ale politicii de sănătate este, la prima vedere, lăsat de o parte: organizarea sistemului de asistență medicală. Într-adevăr, în secțiunea 5 a articolului 152, menționat mai sus, se stipulează clar:

*„Acțiunea comunității în domeniul sănătății publice respectă în întregime responsabilitățile statelor membre, în materie de organizare și furnizare a serviciilor de sănătate și de asistență medicală. În mod deosebit, măsurile citate în paragraful 4 a) nu aduc atingere prevederilor naționale legate de donațiile de sânge și organe, sau a celor referitoare la utilizarea acestora în scopuri medicale.”*

Această prevedere nu este interpretată unanim ca o totală retragere a nivelului comunitar în afara domeniului asistenței medicale, ci mai degrabă ca o clarificare a rolului său complementar. Noua strategie comunitară trebuie privită din această perspectivă, așa cum rezultă din comunicarea recentă a Comisiei Europene.

În acest text, sistemele de asistenta medicala reprezinta o problema importanta. Dezvoltarea lor este privita ca un factor determinant pentru situatia sanatatii publice. În consecinta, Comisia Europeana propune înfiintarea unui sistem de informare care sa vizeze sistemele de sanatate, modalitatile lor de finantare, metoda de alocare a resurselor, rolul asiguratorilor publici si privati, etc. Accentul este astfel pus pe ameliorarea practicilor prin schimbul de experienta si promovarea activitatilor în domeniul *medicinii bazate pe evidenta*, al calitatii asistentei medicale, al asistentei manageriale si în domeniul evaluarii tehnologiilor medicale.

Conform celor afirmate de Comisia Europeana, cetatenii europeni vor putea sa beneficieze de o comparatie critica între sistemele de asistenta medicala din statele membre si de o mai mare transparenta în ceea ce priveste accesul la asistenta medicala. Articolul 152, 1 insista pe functia esentiala, pe care trebuie sa o aiba politica de sanatate din UE: „Un nivel ridicat de protectie a sanatatii umane este parte integranta din definitia si aplicarea tuturor politicilor si actiunilor comunitatii.”

De aceea, în momentul elaborarii altor politici, Uniunea este obligata sa tina cont de consecintele pe care acestea le-ar avea asupra sanatatii publice. Acest nou instrument este mult mai important decât impactul direct al politicii comunitatii în sectorul sanatatii (în particular prin accentuarea mobilitatii si realizarea pietei interne) si depaseste influenta directa asupra politicii sociale si de sanatate europeana, care este înca în constructie. Recentele cazuri Kohll si Decker sunt exemple convingatoare în acest sens.

#### ***3.2.4 Accesul la asistenta medicala în alta tara – deciziile Kohll si Decker***

Odata cu cazurile Kohll si Decker, Curtea Europeana de Justitie a introdus o bresa în sistemul de reglementare a accesului la asistenta medicala din alt stat membru al UE. Cu toate acestea, la început cele doua cazuri nu pareau sa includa nimic spectaculos.

Domnilor Kohll si Decker, amândoi de nationalitate luxemburgheza si afiliati la sistemul luxemburghez de securitate sociala, li sa refuzat decontarea serviciilor de sanatate achizitionate în alt stat membru UE: cumpararea în Belgia a unei perechi de ochelari prescrisi de un oftalmolog luxemburghez si respectiv a unui tratament ortodontic în Germania.

Refuzul de decontare transmis d-lui Decker de catre asiguratorul sau de sanatate a fost motivat prin absentia unei autorizatii preliminare, ceruta de legislatia luxemburgheza, referitoare la articolul 22.c. din regulamentul CE 1048/71. Cât priveste cererea d-lui Kohll de a consulta un ortodontist german pentru fiica sa, aceasta a fost refuzata din cauza ca tratamentul nu a fost considerat urgent si, în consecinta, ar fi putut fi furnizat si în Luxemburg.

Domnii Decker si Kohll au facut apel împotriva acestor decizii instantelor calificate din Luxemburg. Ei au pretins ca faptul de a conditiona furnizarea asistentei medicale de o autorizatie preliminara contrazice principiul privind libertatea de miscare a bunurilor si a serviciilor (fostele articole 30 si 36 pentru dl Decker, respectiv 59 si 60 pentru dl Kohll). Într-adevar, aceasta conditie, prevazuta doar pentru beneficii medicale consumate în strainatate, se dovedeste a fi disuasiva pentru pacientii care doresc sa apeleze la furnizori straini în scopul de a primi asistenta medicala. Cel mai mic obstacol în fata libertatii de miscare, oricum ar fi el: direct sau indirect, real sau ipotetic, este suficient pentru a fi considerat ca o încalcare a principiului libertatii de miscare.

Din cauza ca se confrunta cu o interpretare a Tratatului care a instituit Comunitatea Europeana, Curtea Suprema de Apel din Luxemburg a transmis cazul Curtii de Justitie a Comunitatilor Europene (CEJ).

În fata acestei instante, autoritatile luxemburghize, sprijinite de câteva state membre (Grecia, Marea Britanie, Germania, Franta, Austria, Belgia, Olanda si Spania) au adus o serie de argumente pentru a justifica refuzul decontarii si reglementarea luxemburghiza pe care se baza acest refuz.

Prima dezbatere s-a purtat asupra întrebării daca legislatia Comunitatii se aplica securitatii sociale, stiut fiind ca aceasta este în competenta statelor membre.

CEJ a considerat ca fiecare stat membru se bucura de libertatea de a-si organiza propriul sau sistem de securitate sociala. Legislatia europeana autorizeaza fiecare stat membru sa își organizeze în mod autonom un sistem propriu de protectie sociala si sa defineasca conditiile care dau dreptul la compensarea asistentei medicale în cadrul asigurarii pe caz de boala.

Cu toate acestea, Curtea a concluzionat ca aceasta capacitate nu poate sa contravina legislatiei comunitare. Nici un sector nu se poate sustrage de la aplicarea principiilor comunitare de non discriminare si libertate de miscare. Asa cum avocatul general a explicat în concluziile sale: *„Concluzia logica a Curtii ca legislatia europeana nu împiedica Statele Membre de a-si organiza propriile sisteme de securitate sociala nu înseamna ca sectorul securitatii sociale ar constitui o mica insula în cadrul domeniului aflat sub protectia cadrului legislativ comunitar si, în consecinta, ca regulile nationale referitoare la securitatea sociala n-ar intra în câmpul sau de aplicabilitate.”*

În al doilea rând, autoritatile luxemburghize au pretins ca chiar în cazul în care principiul libertatii de miscare s-ar aplica beneficiilor medicale furnizate în cadrul securitatii sociale, în situatii speciale se poate invoca o exceptie. Autoritatile luxemburghize au afirmat ca legislatia comunitatii autorizeaza statele membre sa restrictioneze libertatea de miscare când interesul general sau siguranta publica par a fi puse în pericol. În conformitate cu pozitia adoptata de guvernul luxemburghiz, conditia pentru o autorizatie preliminara era necesara în scopul de a:

- ?? prezerva balanta financiara a sistemului de securitate sociala: absentia limitarilor cu privire la fluxul de pacienti din tara lor ar implica serioase consecinte financiare pentru securitatea sociala luxemburghiza;
- ?? proteja sanatatea publica: în lipsa unui instrument de autorizare preliminara, Luxemburgul ar fi constrâns sa asigure compensari pentru servicii furnizate în strainatate, fara a fi capabil sa garanteze calitatea acestora;
- ?? mentine pe teritoriul luxemburghiz departamente medicale si spitale accesibile pentru toti: finantarea, viabilitatea si calitatea medicala a serviciilor din Luxemburg ar fi în pericol daca populatia statului ar opta masiv pentru îngrijiri într-o tara straina.

CEJ a refuzat însa aceste justificari:

- ?? a considerat ca cererea de compensare initiata de domnii Kohll si Decker a fost o tranzactie neutra din punct de vedere financiar, din cauza ca ei au propus sa fie compensati pe baza tarifului practicat în Luxemburg. Cu alte cuvinte, cheltuiuala pentru fondul de asigurare medicala ar fi fost identica pentru servicii furnizate în Luxemburg si nu putea pune în pericol echilibrul financiar a sistemului.

- ?? Curtea Europeana de Justitie a refuzat si argumentul referitor la calitatea asistentei medicale. Ea a facut referire la aplicarea principiului recunoasterii mutuale a calificarilor si la eforturile depuse în timpul anilor '70 în scopul de a armoniza cerintele cu privire la pregatirea profesionistilor în sanatate. Curtea a considerat ca aceasta ar fi o baza suficienta pentru a putea presupune un nivel echivalent de calitate pentru asistenta medicala din diferitele state membre.
- ?? în sfârșit, protectia exercitata de un stat asupra propriei infrastructuri medicale se justifica numai atunci când sanatatea publica este direct amenintata. Însa aceste doua cazuri nu puteau fi considerate o astfel de amenintare.

În consecinta, Curtea a considerat, în ambele cazuri, ca autorizatia preliminara ceruta de legislatia luxemburgheza a impus o restrictie nejustificabila asupra libertatii de miscare a bunurilor si serviciilor. Aceasta conditionare a compensarii asistentei medicale în alt stat membru a descurajat cetatenii luxemburghezi în încercarea lor de a apela la produse medicale si servicii furnizate în alt stat membru al UE, fara sa ofere însa o justificare legitima pentru o astfel de descurajare. Cu toate acestea, Curtea nu exclude ca, în alte cazuri, alte ratiuni sa poata justifica o restrictie a libertatii de miscare.

*Cadrul legislativ european referitor la accesul la asistenta medicala si furnizarea acesteia*

În apararea lor, autoritatile luxemburgheze au sustinut ca prevederea nationala supusa acuzarii, care a subordonat compensarea asistentei medicale furnizata într-un alt stat acordului casei de asigurari, era în conformitate cu prevederile comunitare privind coordonarea sistemelor de securitate sociala pentru lucratorii emigranti. Acest proces a fost initiat la începuturile integrarii europene prin reglementarile care au precedat regulamentele 1408/71 si 574/72, în scopul de a promova libertatea de miscare a persoanelor (mai întâi a angajatilor, apoi pentru practic toti cetatenii europeni).

În domeniul asistentei medicale, acest sistem de coordonare are ca principal obiectiv acela de a asigura lucratorilor emigranti si membrilor familiilor lor accesul la asistenta medicala în statul membru în care își au resedinta, pe cheltuiala statului membru la care sunt afiliati.

Accesul la asistenta medicala într-un stat strain ramâne supus unor conditii. Sa examinam împreuna cele doua motivatii principale pentru a recurge la aceasta:

- ?? în situatia unei sederi temporare în alt stat membru, dreptul la compensarea asistentei medicale este limitat la serviciile imediat necesare, luând în considerare stadiul de sanatate al beneficiarului (cu exceptia pensionarilor). Formularul E111 demonstreaza afilierea la sistemul de securitate sociala al tarii de origine a pacientului.
- ?? când cineva doreste sa primeasca asistenta medicala în alt stat membru folosind propriul sistem de securitate sociala, trebuie sa obtina în prealabil o autorizatie din partea institutiei la care este afiliat. Aceasta autorizatie este probata de formularul E112. Rezulta ca ramâne la discretia statelor membre sa determine criteriile pe baza carora va fi acordata o astfel de autorizatie. Totusi, aceasta autorizatie nu poate fi refuzata când tratamentul nu poate fi furnizat în timp util de sistemul de asistenta medicala propriu (Articolul 22, 2, 2 ,1408/71).

AIM (Asociatia Europeana a Organizatiilor de Asigurari de Sanatate) si-a devotat deja zece ani studiului mobilitatii transfrontaliere a pacientilor, în cadrul sistemului comunitar

de coordonare. Acest studiu a aratat ca statele membre au dezvoltat, în general, o politica de autorizatie foarte restrictiva.

Astfel, Marea Britanie elibereaza cu putin peste 600 de formulare de tip E112 anual, Franta 400, Suedia 20. Proportional, Belgia si Marele Ducat al Luxemburgului se arata a fi mai putin restrictive cu o medie de 2000 si respectiv 7000 de cazuri pe an.

Este fara îndoiala unul din motivele care limiteaza impactul financiar al asistentei medicale transfrontaliere pentru statele membre – 2 Euro anual pe cap de locuitor sau mai putin de 0,5% din cheltuielile publice pe sanatare. Marele Ducat al Luxemburgului a facut totusi exceptie, prin adaugarea unui cost mediu de 116 Euro pe cap de locuitor, aceasta însemnând 9% din cheltuielile publice cu sanatatea. Aceasta politica relativ liberala de autorizatie poate fi explicata în principal prin capacitatea redusa a infrastructurii medicale din Marele Ducat, datorata numarului mic de locuitori.

Pacientii tind sa recurga initial la serviciile de asistenta medicala din apropierea locului lor de resedinta. Pentru serviciile de asistenta medicala primara, factori precum limba, distanta, lipsa de informatii cu privire la asistenta medicala din alte state si dificultatile administrative sunt obstacole obiective în calea asistentei medicale transfrontaliere. În rândul categoriilor de populatie cu acces liber la doua sisteme de asistenta medicala, se poate observa ca transferurile pacientilor sunt foarte limitate si aceasta situatie dureaza de mai multi ani.

Printre concluziile principale ale studiului AIM din 1990 figura nevoia unui acces mai putin dificil la asistenta transfrontaliera în zonele de frontiera si în segmentul asistentei medicale de înalta performanta. De-a lungul ultimilor ani, a existat o proliferare a proiectelor pilot de cooperare între agentiile de asigurari din diferitele zone ale UE, îndeosebi în cadrul proiectelor INTERREG, în scopul de a elabora solutii practice pentru beneficiarii de politica sociala din zonele de frontiera.

#### *Un sistem dual de acces la asistenta medicala transfrontaliera în Uniunea Europeana?*

În deciziile Kohll si Decker, CEJ sprijina opinia potrivit careia reglementarea 1408/71 nu acopera toate formele de acces la asistenta medicala în alt stat membru. Procedurile traditionale ale acestei reglementari nu exclud alte *tipuri de reglementari*, îndeosebi nu împiedica decontarea asistentei medicale furnizate fara autorizatie preliminara pe baza tarifelor aplicabile în tara de afiliere.

Curtea nu a dorit sa-si exprime sprijinul pentru o procedura sau alta. Cu toate acestea, a creat un sistem dublu de protectie sociala în ceea ce priveste asistenta medicala furnizata în afara statului de resedinta. Curtea a subliniat, totusi, specificitatea fiecareia din cele doua proceduri si complementaritatea lor. Facând abstractie de cerinta de autorizatie preliminara, formularul E112 urmeaza o cale diferita fata de procedura creata de CEJ prin deciziile Kohll si Decker.

?? pe de o parte, procedura, aflata sub incidenta articolului 22, 1, C din reglementarea 1408/71, integreaza pacientul din tara A în sistemul de asigurare sociala al tarii de resedinta B, unde el/ea primeste servicii medicale. Aceasta presupune ca pacientul sa fie tratat în aceeasi maniera ca un beneficiar de asigurare sociala al tarii B, din moment ce este afiliat acolo; are de platit aceleasi taxe, trebuie sa îndeplineasca aceleasi conditii (ex.: cei ce primesc beneficii trebuie sa fie prezenti pentru anumite proceduri; daca este necesar, sa obtina o trimitere de la un medic generalist înainte de a vizita un specialist, etc). Sistemul

de securitate al tarii B va suporta cheltuielile cu asistenta sociala, pe care le va compensa cu sistemul de securitate sociala al tarii A, pe baza tarifelor tarii B.

?? pe de alta parte, exista situatia în care un rezident al tarii A doreste sa primeasca asistenta medicala de la un furnizor strain (tara B). Aceasta înseamna ca el/ea se va comporta pâna la un anumit nivel ca un pacient privat: nu trebuie sa se supuna regulilor impuse de securitatea sociala a tarii gazda – B (ex.: nu are nevoie de o trimitere în tara B în scopul de a fi examinat de un specialist). Principiul procedurii echivalente nu se refera la procedura din tara B, ci mai curând la procedura tarii A, tara de resedinta a pacientului. Decontarea cheltuielilor nu se realizeaza între statele membre, ci între beneficiarul de asigurare sociala din tara A si institutia sa de asigurare, exact ca si cum ar fi obtinut asistenta medicala în tara de origine, si astfel trebuie sa se conformeze tarifelor si regulilor de compensare aplicabile în tara A (ex.: trimitere, autorizatie, eligibilitate). Ca atare, Curtea a stabilit ca formularul E112 permite detinatorului de asigurare sociala care a obtinut autorizatia unei institutii calificate sa primeasca asistenta medicala corespunzatoare într-un alt stat membru fara a trebui sa suporte cheltuieli aditionale, în timp ce procedura creata prin deciziile în cazurile Kohll si Decker garanteaza mai degraba un acces liber la serviciile straine în aceleasi conditii ca în tara de origine.

De fapt, aceasta situatie duala pune probleme. Nu numai ca subliniaza o ineficienta a procedurilor administrative în ceea ce priveste compensarea asistentei medicale primite în alt stat, dar risca sa încurce pacientul, persoana care primeste serviciile de asistenta medicala, si agentia de asigurari.

Confuzia si insecuritatea rezultate sunt accentuate de interpretarile diferite care au fost facute pe baza deciziilor judecatoresti. Pe de o parte, au existat reactii pozitive, în principal în presa, care le-a interpretat ca pasi semnificativi în crearea unei „Europe a pacientilor”. Pe de alta parte, ele sunt percepute, îndeosebi de catre statele membre care au sunat clopotelul de alarma, ca fiind o amenintare pentru sistemele de protectie sociala.

### **3.2.5 Reactiile statelor membre**

Analiza reactiilor statelor membre în urma deciziilor emise de CEJ subliniaza o sciziune politica între câteva tari echipate cu un sistem de asistenta medicala bazata pe decontarea cheltuielilor pacientilor, în care asiguratul poate în general sa își aleaga liber medicul, si alte tari, echipate cu un sistem unde securitatea sociala ce remunereaza medicii direct, pe baza de contracte sau salarii.

Din rândul tarilor cu un sistem bazat pe decontare, Luxemburg si Belgia au creat proceduri administrative care autorizeaza compensarea neconditionata a serviciilor si bunurilor medicale de ambulatoriu cumparate în alte state membre. In contrast, Franta refuza orice modificare a procedurilor sale cu privire la asistenta medicala transfrontaliera.

Celelalte state membre, care au un serviciu national de sanatate sau un sistem de asigurari sociale bazat pe furnizarea de servicii în natura, au considerat în general ca hotărârile judecatoresti nu le -au vizat, din cauza ca ele nu practica decontarea cheltuielilor medicale avansate de pacienti. În aceste tari, nu exista o nomenclatura pe baza careia sa se poata realiza o compensare a serviciilor furnizate în alta tara.



Si în aceste situatii exista totusi câteva exceptii:

- ?? Cea mai clara exceptie este Austria. Înaintea publicarii deciziilor judecatoresti, aceasta tara a permis beneficiarilor de asigurari sociale sa fie plasati în grija unei persoane, fara a avea nevoie de permisiune oficiala, atât în Austria, cât si într-un stat strain. Fondurile austriece de sanatate compenseaza factura pentru aceste îngrijiri la valoarea de 80% din suma platita unei persoane ce a primit permisiunea oficiala pentru a primi aceste îngrijiri.
- ?? A doua exceptie interesanta este Danemarca. Un grup de lucru interdepartamental a concluzionat ca anumite servicii ambulatorii sunt predispuse sa fie supuse principiului libertatii de miscare a bunurilor si a serviciilor. Din aceasta ratiune a fost adoptat un sistem de plata care autorizeaza compensarea neconditionata a serviciilor de kinetoterapie, asistenta medicala stomatologica si câteva alte servicii achizitionate într-un alt stat membru al UE.
- ?? Cât priveste Finlanda si Grecia, aceste state au fost de acord cu o aplicare partiala, însa limitata, a acestor hotărâri judecatoresti în cadrul sistemelor lor de asistenta medicala.

Chiar tarile care au refuzat categoric orice aplicare a deciziilor judecatoresti în cadrul sistemelor lor de sanatate au afisat, semioficial, o pozitie mai putin radicala. Astfel, Marea Britanie si Germania, doua din tarile care s-au numarat printre cei mai hotărâti oponenti ai mobilitatii generalizate a pacientilor, au fost de acord cu decontarea tuturor serviciilor când s-au confruntat cu cazuri similare celor prezentate înaintea CEJ, chiar si în lipsa unei autorizatii preliminare, în scopul de a evita un litigiu în fata instantei.

Pozitiile variate ale statelor membre si hotărârea lor de a duce o politica restrictiva de autorizatii în ceea ce priveste asistenta medicala într-un stat strain nu contribuie la clarificarea adevaratului impact al deciziei judecatoresti asupra diferitelor sisteme de protectie sociala. Din studiul recent realizat de AIM, rezulta ca statele membre se tem în principal de repercusiunile pe care libertatea de miscare a pacientilor le-ar putea avea pentru sistemele lor de sanatate si mai putin de o ipotetica evadare masiva a pacientilor catre un alt stat.

În prezent, autoritatile nationale care sunt implicate în aceasta problema împartasesc urmatoarele dileme:

- ?? Pâna la ce punct ar putea sa fie absorbite listele de asteptari?
- ?? Ar putea teama în fata generalizarii accesului la asistenta medicala în alt stat sa faca sa esueze masurile nationale menite sa asigure eficacitatea si calitatea asistentei medicale, din moment ce asistenta medicala asigurata de furnizorii straini scapa oricarui control?
- ?? Va fi în continuare posibil sa se stabileasca prioritati si sa se decida într-o maniera autonoma prestatiile furnizate de sistemul de asistenta medicala?
- ?? Va trebui sa fie decontate serviciile de asistenta medicala în cazul pacientilor care nu au primit o permisiune oficiala de a se supune unui tratament?

Luând în considerare sensibilitatea politica a acestui domeniu, Comisia Europeana s-a abtinut pâna acum sa faca orice fel de comentariu interpretativ referitor la hotărârile judecatoresti. În consecinta nu ar trebui sa ne asteptam, pe termen scurt, la mai multa claritate în aceasta problema, pâna când alte noi cazuri, referitoare la subiectul în cauza, vor ajunge în fata Curtii.

### ***3.2.6 În cautarea unei clarificari a impactului libertatii de miscare în sectorul asistentei medicale. Întrebări fara raspuns si cazuri noi***

CEJ a examinat doar situatiile specifice care i-au fost prezentate. Multe întrebări au ramas fara raspuns. Însa, dupa deciziile Kohll si Decker, cinci alte cereri noi au fost introduse pentru audiere preliminara. Ele se refera explicit la decizia Curtii. Interesul lor consta în furnizarea de raspunsuri pentru întrebările ramase nerezolvate în urma precedentelor hotărâri judecatoresti.

Prima întrebare se refera la posibilitatea de alegere libera a procedurii de catre beneficiarii de asigurari sociale. În cazul Vanbraekel, Curtea de Munca din Mons (Belgia) a estimat, pe baza raportului unui expert, ca agentia de asigurari a reclamantului a refuzat nejustificat sa autorizeze compensarea pentru o interventie ortopedica într-un spital parizian si a înaintat CEJ o cerere de stabilire a tarifului pe baza caruia se stabileste prejudiciul. Belgia prefera decontarea pe baza tarifelor franceze asa cum se stabileste în Articolul 22.1.c din regulamentul 1408/71, în timp ce reprezentantii pacientului pretindeau aplicarea tarifelor belgiene (mai ridicate), referindu-se explicit la cazurile Kohll si Decker.

O a doua serie de probleme se refera la libertatea de actiune de care dispun statele membre în sensul de a reglementa accesul la asistenta medicala a anumitor grupuri (ex. functie de vârsta, etc.) si prin anumite metode (ex. perioade de asteptare etc.).

În cazurile Smits si Peerbooms apare problema unui beneficiar de asigurare sociala, de nationalitate olandeza, caruia i-a fost furnizata o procedura experimentală, într-o alta tara, fara autorizatie preliminara. Doamna Geraerts – Smits, un pacient suferind de boala Parkinson, a primit un tratament specific si multidisciplinar într-un spital din Kassel (Germania), care nu era disponibil în Olanda. Domnul Peerbooms, a intrat în coma, în urma unui accident, si a fost transferat la spitalul universitar din Innsbruck (Austria), unde i s-a administrat – cu succes – o terapie speciala pentru o neuro-stimulare intensiva.

În Olanda, aceasta terapie este acoperita de asigurarea pe caz de boala numai cu titlu experimental si se poate furniza numai în doua complexe spitalicesti olandeze, la care Peerbooms nu ar fi putut avea acces, luând în considerare vârsta sa (accesul este rezervat pacientilor în vârsta de 25 de ani sau mai tineri).

În ambele cazuri, agentia de asigurari olandeza a refuzat sa compenseze cheltuielile cu aceste operatii, motivându-si decizia prin absentă ratiunilor medicale care sa justifice tratamentul într-un alt stat. Ea a considerat ca cei doi pacienti puteau primi un tratament adecvat si suficient în Olanda. În plus, tratamentele, în aceste cazuri, nu sunt considerate a fi tratamente obisnuite în lumea medicala olandeza si nu sunt acoperite de asigurarea de sanatate obligatorie.

În acest context, problema listelor de asteptare este probabil si mai delicata decât procedura experimentală. În cazul Van Riet, o femeie olandeza beneficiara de asistenta sociala a fost internata într-un spital belgian pentru a fi supusa unei artroscopii, evitând în acest fel o asteptare de trei luni pentru aceeași interventie într-un spital din Amsterdam. Asigurarea olandeza refuza sa compenseze cheltuielile din aceleasi ratiuni ca si în cazurile Smits si Peerbooms: absentă nevoii medicale de a merge în Belgia din moment ce o îngrijire adecvata putea fi furnizata si în Olanda, de catre un furnizor înregistrat oficial.

În sfârșit, o serie de întrebări își vor găsi fără îndoială un răspuns în urma examinării cazurilor pe cale de soluționare. Ele se referă la aplicarea hotărârilor Curții în domeniul serviciilor, atât cele în natură cât și cele privind asistența medicală. Cazul Müller-Fauré se referă la o femeie olandeză, membră a asigurărilor sociale, care în mod deliberat s-a supus unei intervenții stomatologice în timpul vacanțelor sale din Germania, pe motiv că nu era satisfăcută de serviciile furnizate de medicii stomatologi olandezi.

Când a trimis factura pentru această îngrijire medicală agenției de asigurări, decontarea fost refuzată pe motiv că intervenția nu era nici urgentă, nici necesară din punct de vedere medical.

În toate aceste cazuri olandeze, guvernul reamintește că furnizarea asistenței medicale ambulatorii se bazează pe contracte individuale voluntare între asiguratori și beneficiari – obligația firmei de asigurări de a contracta toate persoanele fiind abolită din 1992. Astăzi, cetățeanul olandez care dorește să fie examinat de un furnizor care nu este recunoscut oficial de firma de asigurări trebuie să obțină o autorizație preliminară. Întrebarea este dacă această apărare este aplicabilă și în cazul asistenței medicale spitalicești.

În cazurile Kohll și Decker, Avocatul General a admis în concluziile sale că, în ceea ce privește asistența medicală spitalicească, obstacolele din fața principiului libertății de mișcare ar putea fi justificate doar dacă se ia în considerare necesitatea existenței unei programări și importanța implicațiilor financiare. Curtea Europeană de Justiție nu s-a pronunțat asupra acestui subiect, deoarece cazurile K&D s-au referit doar la servicii ambulatorii.

În cazurile Vanbraekel și Smits – Peerbooms, Avocatul General a concluzionat că beneficiile medicale luate în considerare nu intră în sfera de aplicabilitate a furnizării libere de servicii. Această poziție unanimă este în mod deosebit interesantă din cauza că în cazul sistemului belgian aveam de a face cu decontarea cheltuielilor, în timp ce sistemul olandez este bazat pe furnizarea de servicii în natură. Pentru a elabora această teză, Avocatul General s-a bazat pe articolul 50 din tratat, care definește serviciile ca servicii furnizate, în mod normal, cu remunerare.

Până acum se considera că departamentele medicale, care sunt parte integrală a sistemului public de sănătate și care sunt finanțate de la veniturile publice, nu intra sub incidența acestui criteriu. Pentru aceasta, se făcea referire la o hotărâre anterioară, pronunțată în cazul Humbel, unde Curtea Europeană de Justiție a decis că educația publică nu este afectată de principiul comunitar al liberei furnizări de servicii, din cauza că serviciul furnizat nu este remunerat.

În condițiile în care Curtea Europeană de Justiție va accepta această teză, incidentele cazurilor Kohll și Decker ar fi limitate în principal doar la servicii ambulatorii în trei state membre: Marele Ducat al Luxemburgului, Belgia și Franța. Dar nu înseamnă neapărat că CEJ va opta pentru acest rationament.

Câteva remarci importante pot fi făcute asupra concluziei și a comparației cu educația publică. În hotărârea “Humbel”, trei criterii au fost definite pentru a determina dacă serviciul este sau nu un serviciu remunerat:

- ?? Serviciul este furnizat de un agent al Statului;
- ?? Serviciul este în principal finanțat prin mijloace publice;
- ?? Pretul nu este prestabilit.

În cazul asistentei medicale transfrontaliere, ca și în cazul Kohll, ne putem, pe drept cuvânt, îndoii ca statutul persoanei straine care furnizează beneficiile (în acest caz, un ortodontist german) este definit de statul care compensează cheltuielile (în *casu*, Marele Ducat). Pe de altă parte, este ușor de presupus că ar putea fi un serviciu remunerat dacă persoana care furnizează beneficiile este un agent autonom ale cărui servicii sunt vândute, mai mult sau mai puțin liber. Aceasta afirmație ar putea fi identică dacă serviciul ar fi finanțat în cadrul securității sociale. Posibilitatea ca remunerarea să fie îndeplinită direct, ca în cazul unui sistem de prestații în natură sau a unui sistem cu un tert platitor, sau indirect, printr-un sistem de rambursare, nu are importanță pentru a decide dacă avem de a face cu un serviciu remunerat.

În plus, în cazul Humbel, avocatul general a confirmat aceasta prin stabilirea afirmației că felul în care statul finanțează educația publică, fie direct prin școli, fie indirect prin acordarea unor subsidii elevilor, nu definește natura serviciului ca fiind remunerat sau nu.

Factorul cheie al analizei serviciilor de sănătate din perspectiva principiului libertății de mișcare a bunurilor și serviciilor pare a fi mai degrabă tipul contractului individual și mai puțin tipul remunerării serviciului (rambursare sau furnizare în natură). Deși contractele cu pacienții care primesc beneficii (colective ca în Belgia sau individuale / selective ca în Olanda) intra în competența fiecărui stat membru, hotărârile Kohll și Decker sugerează că persoanele care primesc beneficii și furnizorii de bunuri medicale și servicii nu pot fi discriminați fără o justificare legitimă. Din moment ce securitatea socială din Luxemburg integrează automat într-o convenție națională toate persoanele care primesc servicii de asistență medicală și decontează contravaloarea serviciilor, ea practică o discriminare împotriva persoanelor care primesc beneficii în alte state membre și care nu se bucură de acest privilegiu.

Hotărârile Kohll și Decker se referă la sistemul de servicii în natură. Chiar dacă în cadrul protecției sociale fiecare stat membru poate decide asupra furnizării serviciilor medicale unui anumit grup de persoane, furnizorii străini trebuie să se bucure de acces egal la obținerea unui contract pentru furnizarea acestor servicii. Curtea de Justiție a declarat deja că regulile comunității pentru piața internă se aplicau serviciilor de asigurare pe caz de boală.

În sfârșit, principiul non discriminării s-ar putea aplica și intervențiilor realizate fără aprobare oficială. Când sistemul de securitate socială decontează contravaloarea serviciilor fără a pretinde înainte o aprobare oficială, ca în Belgia, furnizorii străini care își desfășoară activitatea pe teritoriul Uniunii Europene ar trebui să se bucure de condiții echivalente, cu excepția cazului în care rațiuni ce țin de sănătatea publică sau de interesul general pot justifica un tratament inegal.

### ***3.2.7 Perspective de viitor***

Luând în considerare această analiză, cazurile Kohll și Decker par să acorde prioritate discriminării dintre persoanele care primesc beneficii și furnizori, față de libertatea de mișcare a pacienților. În plus, nu ar fi surprinzător dacă pe viitor CEJ s-ar sprijini pe cazuri emanând de la furnizori (mai degrabă decât de la pacienți) vatamati de sistemul de asigurări sociale al unui stat membru sau de politica asiguratorului.

Perspectivă contractelor transfrontaliere arunca o lumină nouă asupra viitorului aplicării principiului libertății de mișcare în sectorul sănătății și dezvoltarea unei pieți europene de

asistenta medicala. Împotriva celor mai pesimiste scenarii, bazate pe dereglementarea generata de libertatea de miscare a pacientilor, încheierea conventiilor transfrontaliere ar asigura posibilitatea strainilor de a primi beneficii de o calitate garantata si la aceleasi costuri ca si cetatenii tarii gazda. Aceasta perspectiva ar trebui sa stimuleze statele membre sa adopte o pozitie mai flexibila cu privire la recursul la asistenta medicala transfrontaliera, în particular acolo unde se adreseaza unei nevoi reale.

Aceasta este în principal valabila pentru urmatoarele situatii:

- ?? în zonele de frontiera, oferta regionala de asistenta medicala ar putea fi îmbunatatita prin adaugarea serviciilor complementare;
- ?? pentru interventii medicale specifice, care cer know-how si tehnologii sofisticate, ce ar putea fi furnizate în stabilimente medicale definite ca *centre de excelenta cu vocatie internationala*;
- ?? în zonele turistice sau în aglomerarile exceptionale sau sezoniere de populatie prezentând anumite caracteristici (lingvistice);
- ?? pentru anumite tipuri de asistenta medicala care, din lipsa de personal sau de alte resurse, nu pot fi furnizate imediat si necesita liste de asteptare.

Cu toate acestea, tendinta pacientului de a recurge la asistenta medicala într-un alt stat nu apare numai din ratiuni personale. Din ce în ce mai frecvent, alti actori (doctori, spitale, firme de asigurari) interesati de piata europeana de sanatate influenteaza pacientul în aceste alegeri. Ei vor contribui probabil pe viitor la intensificarea recursului la asistenta medicala transfrontaliera.

Conventia transfrontaliera nu este o fictiune. Ea este practicata de anumite firme de asigurari de sanatate în zonele de frontiera. Acestea sunt, în plus, în cautarea unor parteneri viabili în statele membre cu care nu se învecineaza. De asemenea, stabilirea unor aliante strategice între asiguratorii regionali sau nationali câstiga în importanta.

Cu toate acestea, daca dorim o integrare europeana în domeniul asistentei medicale si daca ne dorim ca si conventiile transfrontaliere sa devina o optiune sociala realista, o structura de referinta europeana este necesara. Aceasta ar trebui sa faca posibila stabilirea unor puncte de comparatie cu privire la standardele de calitate, acreditarea furnizorilor, echivalarea practicilor medicale, etc. Daca, în plus, cineva doreste sa se asigure ca integrarea economica nu da nastere la inegalitati sociale în materie de acces la asistenta medicala, este esential sa se ataseze conditii fundamentale si restrictive acestui proces. Nivelul comunitar pare sa fie singurul nivel capabil sa își asume aceasta sarcina într-un mod eficient. Impulsuri proaspete date strategiei comunitare cu privire la protectia sociala si sanatate ar putea oferi instrumentele necesare pentru astfel de perspective.

### 3.3 IMPLEMENTAREA ACQUIS-ULUI COMUNITAR

Asa cum se mentioneaza anterior, acquis-ul relevant pentru sectorul de sanatate este reprezentat în principal de capitolul 13 – Politica Sociala si a Fortelor de Munca si capitolul 23 – Protectia Consumatorului si a Sanatatii. Aceste capitole se refera însa la sanatatea publica si la masurile de siguranta la locul de munca si au deci putine legaturi cu problemele legate de asigurarile sociale, subiectul acestui studiu. Prevederile despre

sanatate din tabelele de concordanta legislativa ale capitolelor 13 si 23 sunt anexate. Singurul capitol care se refera direct la asigurarile sociale de sanatate este capitolul 2 – Libera miscare a persoanelor. Componentele relevante din tabelul legislativ au fost de asemenea anexate.

Un numar de alte aspecte afecteaza de asemenea furnizarea serviciilor de sanatate. Este cazul reglementarilor pietei interne (reglementarea competitiei) cu privire la non discriminarea dintre companiile nationale si cele comunitare în privinta achizitiilor publice – relevanta pentru tratamentul preferential al producatorilor nazionali în cazul aprobarii comercializarii si fabricarii produselor farmaceutice (producatorii români, în mare parte, nu se conformeaza standardului international GMP). De asemenea, activitatea de patentare nu este complet armonizata cu reglementarile UE (în ceea ce priveste certificatul de protectie suplimentara - SPC).

În continuare vom discuta numai despre implementarea reglementarilor 1408/71 si 574/72, care încearca asigurarea compatibilitatii schemelor de securitate sociala, în scopul de a facilita libera miscare a persoanelor – nucleul dur al acquis-ului în domeniul asigurarilor sociale de sanatate.

Principalii actori care au de-a face cu implementarea aspectelor legate de sanatate incluse în reglementarile 1408/71 si 574/72 sunt Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS) si Ministerul Sanatatii si Familiei (MSF). În scopul de a evalua problemele legate de capacitatea administrativa ce ar putea împiedica procesul de implementare a acquis-ului, am inclus în acest studiu o prezentare a celor doua institutii, axata pe structurile care se ocupa cu problemele de integrare europeana.

### ***3.3.1 Integrarea europeana si Casa Nationala de Asigurari de Sanatate***

#### *Baza legala, resurse si structura organizationala*

Activitatea CNAS se bazeaza pe Legea Asigurarilor de Sanatate 145/1997, amendata succesiv de Ordonantele de Urgenta 30/1998, 72/1999, 180/2000, pe Legea Spitalelor 146/1999 si pe Contractul Cadru National elaborat în fiecare an. Documentul care stabileste organizarea si functionarea CNAS este Statutul CNAS, elaborat în 2001. Mai multe informatii sunt furnizate în anexe. La nivel local, fiecare CJAS elaboreaza propriul statut, în conformitate cu legislatia nationala si prevederile CNAS.

La nivel central, principala structura de decizie este consiliul CNAS, iar principalele responsabilitati executive apartin presedintelui CNAS, care este si presedintele consiliului de administratie (pentru mai multe detalii, vezi Statutul CNAS, capitolul 3).

*Casa Nationala de Asigurari de Sanatate nu are dreptul de a avea initiative legislative. Toate sugestiile sale legislative sunt trimise Ministerului Sanatatii si Familiei (MSF). MSF evalueaza aceste proiecte si le propune pentru discutie în guvern, care decide ulterior daca sa le legifereze direct (ca Ordonante de Guvern) sau sa le supuna Parlamentului.*

Finantarea CNAS si a CJAS este asigurata de Fondul de Asigurari Sociale de Sanatate, parte a Bugetului Asigurarilor Sociale de Sanatate de Stat, care este separat de Bugetul de Stat, amândoua fiind elaborate de guvern si transmise parlamentului pentru aprobare.

Nu a existat nici o evaluare a nevoilor CNAS referitoare la procesul de integrare europeana si nici o estimare bugetara a acestor nevoi. Acest fapt face dificila, daca nu imposibila, planificarea unor actiuni, cum ar fi programele de instruire pentru angajati, sau realizarea unei baze de date cu documente referitoare la integrarea în UE – ex.: o biblioteca cu legislatia UE, o colectie de studii importante si evaluari ale nevoilor si costurilor integrării europene în domeniul asigurarilor de sanatate.

Exista doua structuri care se ocupa cu relatiile externe al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS): Serviciul pentru Integrare Europeana (SIE) si Directia de Relatii Internationale si Programe de Cooperare Internationala (DRIPCI).

În conformitate cu organigrama prezentata în anexe, structura CNAS la nivel central prezinta doua particularitati, care pun la îndoiala eficienta organizarii institutiei.

- a. *O separare clara a celor doua departamente.* Daca SIE raporteaza direct presedintelui CNAS, DRIPCI este responsabila, împreuna cu, de exemplu, Directia de Relatii Publice si Marketing, în fata Directorului General Adjunct pentru Logistica – o pozitie inferioara.
- b. *Diferenta de nivel.* Asa cum se poate observa dupa numele lor, cele doua structuri au o importanta diferita – prima este doar un *serviciu*, ceea ce rezulta într-o schema de personal de numai cinci persoane, în timp ce a doua, fiind *directie*, are 13 salariati, inclusiv un director. Aceasta situatie duce la bugete diferite pentru cele doua structuri. Finantarea pentru fiecare este realizata în conformitate cu schema de personal, fara alte fonduri suplimentare. Se poate deduce ca exista o reala diferenta între cele doua structuri în termeni de putere si responsabilitate.

*Orientarea CNAS catre exterior, prioritatea care se acorda relatiilor externe, pare sa fie, judecând dupa schema organizationala, relativ scazuta. În plus, desi România se asteapta sa intre în UE în urmatorii zece ani, aceasta însemnând ca relatiile cu UE sunt pe cale sa devina principalul centru al activitatii internationale, Serviciului de Integrare Europeana nu i se acorda importanta corespunzatoare.*

Sistemul de asigurare sociala de sanatate este relativ descentralizat, Casele Judetene de Asigurari de Sanatate detinând importante functii. Cu toate acestea, CNAS este cea care stabileste si administreaza politica si strategia generala în cadrul sistemului de asigurari sociale.

Este de aceea surprinzator faptul ca nu exista nici o conexiune directa între SIE si CJAS. SIE nu beneficiaza de un corespondent în judete, nici o astfel de directie sau serviciu nu apar în cadrul organigramei CJAS.

#### *Serviciul pentru Integrarea Europeana*

Serviciul pentru Integrarea Europeana este direct subordonat presedintelui CNAS. SIE are un dublu rol:

- ofera consultanta si analizeaza, la cerere, problemele legate de integrare, relevante pentru CNAS;
- propune si monitorizeaza proceduri de implementare a angajamentelor asumate de CNAS în capitolele de negociere în care Casa este implicata (SIE a fost responsabil cu elaborarea punctului 7 din *Documentul de pozitie din cadrul Capitolului 2 de negocieri pentru aderarea României la Uniunea Europeana – Coordonarea schemelor de securitate sociala*).

Prerogativele reduse ale SIE înseamnă ca politicile generale sau de sector ale CNAS, care ar putea contrazice cerințele UE în acest domeniu, nu pot fi identificate în timp util.

SIE face parte atât dintr-un grup de lucru intern (care include reprezentanți ai Direcției Judecătorești, DRIPCI, și Direcției de Evaluare, Venituri și Costuri), cât și din grupul de lucru inter-ministerial, care are drept obiect de activitate capitolul 2 de negocieri.

Grupul de lucru inter-ministerial a fost stabilit prin decizia de guvern din 2001, iar ministerele coordonatoare sunt Ministerul Integrării Europene și Ministerul Muncii și Solidarității Sociale. Participanții la grup sunt reprezentanții ministerelor și agențiilor guvernamentale de Muncă (MMSS), Integrare Europeană (MIE), Sănătate (MSF), Educație (MEN), Justiție (MJ), Finanțe (MFP), Afaceri Externe (MAE), Interne (MI), Întreprinderi Mici și Mijlocii (MIMM), Industrie (MIR), Secretariatul de Stat pentru Persoanele cu Handicap (SSPH), Casa Națională de Pensii și alte Drepturi de Asigurări Sociale (CNPDAS), Agricultură (MAAP), Agenția Națională Sanitar-veterinară (ANSV), Lucrări Publice (MLP), Agenția Națională pentru Protecția Copilului (ANPC) și Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM). Grupul a avut drept sarcină principală elaborarea documentelor de poziție pentru al doilea capitol de negocieri. În cadrul grupului au funcționat diferite sub-grupuri, unul pentru fiecare secțiune a documentelor de poziție. Elaborarea secțiunii 7 a fost făcută de reprezentanții CNAS, MMSS, MSF, MEN, ANOFM, MJD și CNPDAS. Acest grup a avut întâlniri săptămânale. Principalul rezultat a fost întocmirea dosarului pentru fiecare secțiune a documentului de poziție. Cea mai importantă problemă pentru această activitate a fost absența unei evaluări a nevoilor financiare, evaluare care s-a aflat în sarcina Ministerului Finanțelor Publice<sup>83</sup>.

Activitatea întregului grup a încetat la sfârșitul anului 2001 și la data redactării materialului se așteptau reacțiile de la Bruxelles referitoare la documentul de poziție.

SIE a fost creată în aprilie 2001 (structura este încă “tânără” – angajații nu ai mai mult de doi ani vechime, lucru care nu surprinde dacă este să luăm în considerare că întreaga CNAS a fost creată în 1999). SIE are 5 angajați, din care 4 sunt cu normă întreagă. Trei dintre ei au o pregătire economică, inclusiv directorul SIE. Al patrulea este medic. SIE nu dispune de nici un jurist.

Instruirea personalului pe probleme de integrare nu este cel mai solid punct al SIE; doar directorul SIE a participat la două programe de instruire – unul la Sofia, Bulgaria, printr-o legătură personală cu un ONG, și unul organizat de Unitatea de Coordonare pentru Instruire Permanentă, în cadrul proiectului CONSENSUS III, “Dezvoltarea capacității instituționale la nivelul CNAS și CJAS”. În prezent, pentru CNAS nu există programe de instruire referitoare la integrarea europeană.

Așa cum s-a spus adesea, SIE are un rol consultativ și de analiză. SIE elaborează rapoarte pentru MMSS și MSF. MMSS este permanent informat (în calitate de instituție

---

<sup>83</sup> De la MMSS, SIE a primit:

- Dosarul de fundamentare
- Tabelul de concordanță
- Foaia bugetară (nevoi financiare).

Nici un instructaj nu a fost oferit pentru completarea dosarului privind cerințele bugetare, din partea ministerelor Muncii sau Finanțelor, și nici o evaluare a costurilor nu a fost executată de vreuna din aceste instituții. Problema a fost tratată similar în cazul Casei Naționale de Pensii și Alte Drepturi Sociale de Asigurări.



responsabila pentru acest capitol) de evoluțiile angajamentelor luate în documentul de poziție din cadrul capitolului 2 (partea cu privire la activitatea CNAS).

### *Cooperarea cu partenerii guvernamentali și non guvernamentali*

Problemele de comunicare ale SIE cu MSF și, în particular, cu departamentul echivalent din cadrul MSF produc rateuri în activitatea zilnică. O soluție poate fi aceea de a scurtcircuita comunicarea către SIE: cererile adresate de alte instituții guvernamentale partenere ar putea fi îndreptate direct către SIE, și nu prin intermediul MSF, așa cum se face în prezent.

O altă nemulțumire se leagă de faptul că CNAS este redusă la un rol de execuție pentru cereri punctuale. Ceea ce le lipsește oamenilor este imaginea de ansamblu. Soluția ar fi integrarea completă a CNAS în procesele respective.

Un aspect pozitiv ar fi acela că există relații bune cu MMSS, MEI și Delegația Comisiei Europene. SIE are relații bune cu Institutul pentru Managementul Serviciilor de Sănătate, Fundația Română pentru Democratie, USAID, Banca Mondială, World University Service România (cu cel din urmă s-au purtat discuții pe marginea unui parteneriat pentru instruire).

Consultarea în programul pre-aderare CONSENSUS III este singurul proiect de twinning care se desfășoară cu finanțare Phare. CONSENSUS este un program dezvoltat împreună cu Germania – proiect pilot care se ocupă de dezvoltarea instituțională a CNAS și CJAS din șapte județe (București, Argeș, Sibiu, Constanța, inițial Brașov și apoi Ilt, Suceava și Iași). Accentul este pus pe comunicarea în interiorul CNAS. Programul urmează să se încheie în Decembrie 2002.

### *Evoluții recente*

Baza legală pentru activitatea CNAS pe piața UE de asigurări de sănătate – noua lege asupra compensării cheltuielilor externe (care va include și pachetul de servicii) se află în etapa finală în Parlament. Ea va reglementa exportul de beneficii contributive și beneficii non-contributive<sup>84</sup>. Această nouă lege se așteaptă să clarifice cine și cum va plăti asistenta medicală a Românilor din străinătate și asistenta medicală a străinilor din România – însă până când va ieși noua lege, aceste chestiuni sunt reglate printr-un alt mecanism<sup>85</sup>.

Din cauza că nu există prevederi legale, CNAS nu are dreptul de a opera plăți externe (facturile pentru beneficiile consumate de cetățenii români în afara granițelor țării sunt

---

<sup>84</sup> Formulările elaborate de UE pentru serviciile de sănătate care dau dreptul la îngrijiri medicale într-un alt stat membru sunt:

- **E 111** – completată de angajator, acordă dreptul de a beneficia de servicii medicale într-un alt stat membru, beneficii care urmează a fi decontate în conformitate cu regulile statului de reședință (la aceeași valoare plătită de asigurat sau de sistemul de asigurări, ca și cum asistenta medicală ar fi fost furnizată în statul de origine)

- E 112 – completată de medic, acordă dreptul la tratament într-un alt stat membru atunci când nu există servicii echivalente în țara de reședință a pacientului; în acest caz asiguratorul pacientului plătește costurile integrale.

<sup>85</sup> În prezent, Ministerul Muncii este cel care plătește serviciile medicale primite de cetățenii români în alte state, care au încheiat o convenție cu România. Lista convențiilor bilaterale încheiate de România este anexată.

platite de MMSS de la bugetul de stat si nu de catre CNAS de la bugetul asigurarilor sociale de sanatate).

În acest caz, nu exista studii de impact pe marginea diferitelor probleme care pot aparea dupa adoptarea legii (nimeni nu stie cine va acoperi diferentele de cost pentru serviciile medicale, sau care este solutia pentru diferentele dintre modul în care sunt compensate medicamentele în UE si în România, în principal în cazul în care se administreaza medicamente diferite). Pe de alta parte, pe baza experientei actualelor state membre, se poate spune ca sumele implicate sunt moderate.

### ***3.3.2 Integrarea Europeana si Ministerul Sanatatii si Familiei***

#### *Baza legala, resurse si structura organizationala*

În cadrul structurii Ministerului Sanatatii si Familiei exista un Secretar de Stat care se ocupa cu coordonarea:

- Departamentului de Integrare Europeana si Armonizare Legislativa (DIEAL),
- Departamentului pentru privatizare si relatii cu investitorii straini si locali si
- Departamentului de relatii externe.

Organigrama MSF este anexata.

Proiectelor ministerului cu privire la integrarea europeana le-a fost alocata suma de 0.8 milioane Euro, reprezentând abia 0.16% din cele 487 milioane Euro, bugetul MSF.

#### *Departamentul de Integrare Europeana*

Departamentul de Integrare Europeana a fost creat în 1994. Personalul este format din sapte persoane, plus colaboratori de la alte departamente. Nici unul dintre angajati nu este specializat pe domeniul integrarii (instruirea a avut loc la locul de munca) – o pregatire specializata este însa necesara si exista o sugestie ca ea sa fie furnizata în România, prin programe de scurta durata. Pregatirea profesionala a personalului este în economie sau medicina; nu exista avocati nici în acest departament.

DIEAL are ca principala sarcina acordarea de opinii consultative în domeniul legislatiei medicale, verificând daca proiectele legislative sunt formulate în conformitate cu legislatia europeana. Totusi, responsabilitatile DIEAL nu includ initierea de proiecte legislative ca atare. Proiectele sunt trimise la DIEAL pentru consultare de catre departamentele specializate care le-au initiat. Mai concret, un proiect de lege trebuie sa acopere urmatorul traseu în cadrul ministerului:

- ?? departamentele specializate initiaza proiectul de lege;
- ?? acesta este trimis la DIEAL (si la alte departamente pentru consultare);
- ?? dupa consultare, DIEAL trimite proiectul de lege la Departamentul de legislatie si contencios;
- ?? departamentul de legislatie si contencios trimite ulterior proiectul de lege la cabinetul Ministrului Sanatatii si Familiei.

DIEAL detine un rol mai curând pasiv, prin aceea ca avizeaza noua legislatie, însa nu verifica legislatia deja existenta. DIEAL are posibilitatea sa implice în procesul de armonizare legislativa alte departamente si servicii. Contributia acestora consta în analize

ale proiectului de lege, în conformitate cu prevederile comunitare, pe un anumit capitol, în funcție de specializarea respectivului departament.

Ministerul Sanatatii si Familiei ia parte la urmatoarele capitole de negociere cu Uniunea Europeana: 1-Libera circulatie a bunurilor; 2-Libera circulatie a persoanelor; 3-Libera circulatie a serviciilor; 5-Legislatia comerciala; 7-Agricultura; 13-Politici sociale si ocuparea fortei de munca; 19-Telecomunicatii si tehnologia informatiilor; 22-Protectia mediului; 23-Protectia sanatatii si a consumatorului; 24-Justitie si afaceri interne; 25-Unificarea granitelor.

### *Cooperarea cu partenerii guvernamentali si non guvernamentali*

Cooperarea dintre DIEAL si alte departamente din cadrul Ministerului Sanatatii si Familiei, sau cu alte institutii publice depinde în mare masura de relatiile personale. Departamentul coopereaza cu alte ministere care iau parte la negocieri. Cooperarea cu partenerii non guvernamentali este dificila, îndeosebi din cauza ca MSF este doar un cofinantator si dispune de un control redus asupra beneficiarilor, prin comparatie cu institutiile donatoare ale Uniunii Europene.

DIEAL detine, în interiorul MSF, rolul de coordonator pentru implementarea proiectelor Phare. Proiectele Phare în care este implicat departamentul sunt:

- ☞ Proiectul Phare 2001 – îmbunatatirea rețelei de epidemiologie (4.8 milioane Euro)
- ☞ Proiectul Phare 2002 – patru proiecte (20 milioane Euro) pentru sanatate publica, sanatate ocupationala si protectia mediului.

Departamentul de Integrare Europeana si Armonizare Legislativa este implicat în faza de implementare a proiectului Banca Mondiala II. Bugetul acestui proiect se ridica la aproximativ 65 milioane dolari.

În ceea ce priveste problema delicata a relatiei cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS), din punctul de vedere al Ministerului Sanatatii si Familiei, între Minister si Casa exista o delimitare clara a responsabilitatilor:

- ?? CNAS nu are un rol politic si astfel nu exista nici un motiv pentru ca ea sa înceapa sa se implice în proiectarea politicilor de sanatate
- ?? CNAS are numai un rol de implementare a politicilor de sanatate proiectate de catre Ministerul Sanatatii si Familiei

### **3.3.3 Concluzii**

Provocarile cu care se confrunta SIE si DIEAL vin amândoua din esecurile interne ale institutiilor lor (CNAS, MSF), si din raporturile institutionale slabe ale acestora cu alti actori guvernamentali (si în principal cu fiecare dintre ele).

La nivel intern, SIE are o relatie buna cu conducerea CNAS. Cu toate acestea, departamentul de relatii internationale (DRIPCI) este plasat foarte departe în organigrama CNAS, ceea ce nu faciliteaza cooperarea între cele doua structuri înrudite. Situatia pare mai buna în MSF, unde atât Departamentul de Relatii Internationale cât si DIEAL raporteaza în fata aceluiasi secretar de stat.

Ambele structuri duc însa lipsa de resurse (atât din punct de vedere calitativ, cât si din punct de vedere al experientei). Instruirea sistematica este foarte necesara, iar absenta avocatilor specializati în drept comunitar este îngrijoratoare. Procedurile administrative nu sunt nici ele foarte dezvoltate. În nici una din cele doua institutii nu exista un mecanism formal de evaluare, interna sau externa. În ceea ce priveste problema analizata în acest studiu - implementarea celor doua reglementari - nu a existat nici o analiza institutionala pentru întregul proces, studiile de fezabilitate lipsind cu desavârsire. În plus, din cauza ca Ministerul Finantelor Publice (MFP) a fost aproape întotdeauna absent de la discutiile pentru capitolul 2 de ne gocieri, necesitatile bugetare nu au fost discutate.

În afara institutiei, dincolo de explicatiile bazate pe legaturi personale, lipsa cooperarii dintre CNAS si MSF era previzibila, asa cum am aratat detaliat în sectiunea despre analiza institutionala a sistemului de sanatate. Pe de alta parte, cooperarea cu Ministerul Muncii pare sa functioneze bine (în special în cazul SIE). Cu toate acestea, relatiile cu Ministerul Finantelor Publice sunt mai degraba slabe, ceea ce previne transferul abilitatilor tehnice necesare proiectiilor bugetare si nu asigura resursele pentru angajamentele internationale sau pentru planurile de implementare pe care SIE si DIEAL le-ar avea.

### 3.4 PRINCIPALELE PROBLEME SI RECOMANDARI

Vom rezuma argumentatia acestui studiu, structurând-o pe patru idei:

- ☞ Compatibilitatea sistemului de sanatate român cu reglementarile si practica europeana din acest domeniu
- ☞ Armonizarea legislatiei
- ☞ Capacitatea administrativa
- ☞ Sustenabilitatea sistemului de sanatate din România

La sfârșit, vom formula scurte recomandari.

#### *Compatibilitatea cu modelul social european*

Aceasta este o întrebare care apare des în România. Din fericire, așa cum este cazul multor politici sociale, acquis-ul interzice categoric doar putine lucruri. După cum s-a menționat în capitolul ce prezintă acquis-ul, asistența medicală rămâne o prerogativă națională. Practica europeană include atât sisteme de sănătate bazate pe asigurări sociale (așa cum se încearcă să se construiască acum în România), sau sisteme naționale, finanțate din impozite, similar cu cel abandonat de România. Când privește modelul social european, România putea foarte bine să nu opteze pentru reforma sistemului de sănătate. Domeniul în care apare o diferență substanțială dintre practica românească și cea europeană este aceea a resurselor totale alocate asistenței medicale. În timp ce majoritatea statelor europene cheltuiesc în jur de 9-10% din PIB pentru sănătate (Marea Britanie înregistrând cel mai scăzut procent - 7%, însă cu o tendință crescătoare), iar celelalte țări din Europa Centrală și de Est cheltuiesc peste 6% din PIB, în România cheltuielile totale pe sănătate ating cu greu cota de 4% din PIB. Este posibil ca preocuparea pentru drepturile sociale la nivel european să ducă la presiuni pentru creșterea cheltuielilor publice cu sănătatea. Mai mult, așa cum am discutat în secțiunea referitoare la implementarea acquis-ului, cetățenii europeni au dreptul să primească servicii de sănătate în străinătate, dacă ele nu sunt disponibile în țara de reședință. Aceasta ar putea forța o anumită creștere a cheltuielilor cu sănătatea.

#### *Armonizarea acquis-ului comunitar*

Acquis-ul pe asigurări sociale de sănătate este cuprins în reglementările 1408/71 și 574/72. România se află într-un stadiu avansat de transcriere a acestor reglementări în legislația națională. Ceea ce lipsește însă este pregătirea pentru implementare, problema despre care se va vorbi în secțiunea următoare (capacitatea administrativă).

În afara de cele două reglementări asupra compatibilității sistemelor de securitate socială, există un număr de alte probleme referitoare la reglementările pieței interne, probleme relevante pentru sectorul asistenței medicale. Mai multe detalii au fost prezentate în secțiunea referitoare la implementarea acquis-ului. Unele sunt specifice sectorului de sănătate, însă cele mai multe prevederi vizează libera circulație a bunurilor și a serviciilor, cum ar fi non-discriminarea străinilor în fața producătorilor naționali în ceea ce privește accesul pe piață și regulile de achiziții publice.

*Amenintari în curs de aparitie.*

În secțiunea despre acquis, am descris pe larg noile tendințe legislative introduse de deciziile Curții Europene de Justiție. Ele sprijină concluzia că aranjamentele tipul cvasi-pietelor (cum este cazul sistemelor de asigurări sociale) sunt supuse reglementărilor pieței interne ( ex.: libera circulație și competiția).

### ***Capacitatea administrativă***

Există un număr de factori care contribuie la capacitatea scăzută de implementare a legislației legate de acquis. Pe de o parte, există defecte ale construcției instituționale: slabă poziție instituțională a departamentelor de integrare europeană – poziția lor marginală în procesul de luare a deciziilor, subordonarea diferită față de departamentele de relații internaționale (în cazul CNAS). Aceste defecte instituționale se suprapun peste slăbiciunea departamentelor însele: acces redus la resurse, lipsa personalului adecvat (juristi) și lipsa programelor de pregătire. Un rol îl are și ignoranța factorilor de decizie politică în problemele privind integrarea europeană, ceea ce pe de o parte nu le permite să compenseze ei înșiși slăbiciunile departamentelor de integrare europeană, iar pe de altă parte să recunoască importanța acestor departamente și să le aloce resurse suficiente.

Al doilea set de factori este reprezentat de problemele ce țin de design-ul inter-instituțional. Aici intervine slabă comunicare cu diferitele agenții guvernamentale, îndeosebi cu Ministerul Finanțelor Publice (MFP). Specifică pentru sectorul de sănătate este rivalitatea dintre Ministerul Sănătății și Familiei (MSF) și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), apărută în urma unei separări neclare de competențe. O altă consecință este și faptul că CNAS este încă incapabilă să se angajeze în tranzacții internaționale, iar serviciile de sănătate consumate în străinătate de naționali români sunt plătite de la buget, de către Ministerul Muncii și Solidarității Sociale. Aceasta chestiune va fi rezolvată în curând, totuși ea simbolizează deficiențele din sistem: CNAS a avut o problemă presantă care a necesitat o legislație adecvată, totuși a fost împiedicată să aibă ea înșiși inițiative legislative și a fost incapabilă să determine Ministerul Sănătății și Familiei să o inițieze în locul său.

Aceste două tipuri de eșecuri administrative (cooperare inter-instituțională și organizare intra-instituțională) au avut drept rezultat lipsa de pregătire pentru implementarea administrativă a reglementărilor 1408/71 și 574/72: costurile sunt practic nespecificate (atât costurile de implementare administrativă, cât și costurile serviciilor), stabilirea unui buget adecvat a fost în consecință imposibilă și nici o activitate de instruire nu a fost introdusă pentru personalul care se presupune că ar trebui să administreze noua legislație, deși în această ultimă privință s-au formulat câteva demersuri.

### ***Sustenabilitatea***

Sustenabilitatea sistemului de sănătate românesc necesită, înainte de toate, mecanisme adecvate de control ale bugetului la nivelul spitalelor. Comportamentul risipitor manifestat de spitale absoarbe resursele destinate asistenței medicale primare și consumului de medicamente. Stimulentele neadecvate care au drept rezultat serioasa criză actuală de finanțare au fost analizate în secțiunea referitoare la asistența medicală.

Un al doilea tip de preocupări pentru susținabilitatea sistemului de asistență medicală apare din structura sa prost concepută, așa cum a fost ea expusă mai sus. Am argumentat în secțiunea despre asistență medicală că actualul status-quo nu poate fi menținut și că ar

trebui sa se îndrepte fie catre o mai mare autonomie a CNAS fata de Ministerul Sanatatii si Familiei, fie, invers, catre integrarea Casei în Minister –situatie similara Casei Nationale de Pensii si alte Drepturi de Asigurari Sociale, dupa modelul sistemului de sanatate maghiar (care a avut o mare influenta asupra legislatiei în domeniul asigurarilor sociale de sanatate din România).

În sfârșit, alocarea resurselor este un alt motiv de preocupare. Chiar daca, odata cu introducerea siste mului de asigurari sociale, România a marit cheltuielile publice cu sanatatea, ea continua sa cheltuiasca prea puțin, în comparatie cu statele membre ale UE si chiar cu vecinii sai din Europa Centrala si de Est. În acest context, refuzul sistematic al Ministerului Finantelor de a acorda CNAS permisiunea de a folosi toate fondurile colectate pentru sanatate nu se justifica.

Partea buna este ca rata de colectare a contributiilor pentru sanatate a fost îmbucuratoare. Recenta propunere a Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale de unificare a fondului de sanatate cu fondul de pensii (cu o rata de colectare slaba si cu deficit mare) ridica serioase probleme pentru sustenabilitatea sistemului român de sanatate. Insa aceasta este doar o posibila directie de evolutie, care ar trebui tratata într-un alt studiu, pe masura ce vor fi disponibile mai multe informatii.

## Recomandari

*Pe termen scurt:*

- ?? Ar trebui realizata o evaluare completa a costurilor cu privire la implementarea reglementarilor 1408/71 si 574/72, cu as istenta Ministerului Finantelor Publice; pe baza acestei evaluari, ar trebui alocate resurse bugetare
- ?? Rolul Departamentelor de Integrare Europeana ar trebui întarrit:
  - Pozitia lor în cadrul institutiilor ar trebui îmbunatatita – ex. prin:
    - ✍ modificarea statutului lor – ridicarea SIE din CNAS la statutul de departament plin
    - ✍ instituirea unei relatii mai bune cu Departamentele de Relatii Internationale, îndeosebi în cazul CNAS
  - Cantitatea de resurse alocate ar trebui marita
  - Personalul acestor departamente ar trebui sa includa juristi specializati în drept comunitar
  - Este necesara realizarea unui program amplu de instruire
- ?? Ca principal finantator al sistemului de sanatate, autonomia operationala a CNAS ar trebui marita – ex. prin:
  - Acordarea permisiunii de a se anga ja în tranzactii internationale
  - Acordarea dreptului la initiativa legislativa
  - Includerea CNAS în toate comitetele inter-ministeriale care se ocupa cu chestiuni legate de sanatate
- ?? În scopul de a pastra sustenabilitatea sistemului de sanatate:
  - Ar trebui introduse constrângeri bugetare solide pentru spitale
  - CNAS ar trebui sa i se acorde dreptul de a folosi, sub o supraveghere financiara adecvata, toate fondurile colectate din contributiile pentru sanatate.

*Pe termen mediu:*

- ?? Rolurile MSF si CNAS ar trebui clarificate
- ?? Guvernul României ar trebui sa se conformeze reglementarilor pietei interne, si sa elimine toate tratamentele discriminatorii fata de producatorii externi de bunuri si servicii de sanatate, în comparatie cu cei interni. (ex.: produsele farmaceutice)
- ?? Guvernul român ar trebui sa fie pregatit sa creasca nivelul de resurse alocate sanatatii
- ?? Autoritatile care se ocupa cu problemele sistemului de sanatate ar trebui sa urmareasca cu atentie deciziile pe care CEJ le va lua în domeniul asistentei medicale bazata pe asigurari sociale.



## BIBLIOGRAFIE

### I. PENSII

#### **a) Documente ale institutiilor europene**

Tratatul de la Amsterdam, 1997, Amsterdam (versiunea în engleza disponibil pe Internet <http://www.europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/index.html>)

Consiliul European, Concluziile Presedintiei, Consiliul European de la Nisa, decembrie 2000

Consiliul European, Agenda Sociala Europeana, Anexa I la Concluziile Presedintiei, Consiliul European de la Nisa, decembrie 2000

Consiliul European, Concluziile Presedintiei, Consiliul European de la Goteburgh, 15 - 16 iunie 2001

#### **Comisia Europeana (1997), „Opinia Comisiei Europene cu privire la cererea de aderare a României la Uniunea Europeana”, iulie 1997**

Comisia Europeana (1997), Cartea Verde “Supplementary Pensions in the Single Market” COM (97) 283 of iunie 1997

#### **Comisia Europeana (1998), „Raportul periodic privind progresele realizate de România în vederea aderarii”, 1998**

#### **Comisia Europeana (1999), „Raportul periodic privind progresele realizate de România în vederea aderarii”, 13 octombrie 1999**

#### **Comisia Europeana (1999), “Social Dialogue for Success – the Role of the Social Partners in EU Enlargement”, Raport, Conferinta partene rilor sociali asupra extinderii Uniunii Europene, Varsovia, 18-19 martie, 1999**

#### **Comisia Europeana (1999), Comunicarea Comisiei “A Concerned Strategy for Modernizing Social Protection”, COM (99) 347 final of 14 iulie 1999**

Comisia Europeana (2000), „Raportul periodic privind progresele realizate de România în vederea aderarii”, 8 noiembrie 2000

Comisia Europeana (2000), Comunicarea Comisiei “The Future Evolution of Social Protection from a Long-Term Point of View: Safe and Sustainable Pension”, COM (2000) 622 final of 11 octombrie 2000

Comisia Europeana (2001), „Raportul periodic privind progresele realizate de România în vederea aderarii”, 13 noiembrie 2001

Comisia Europeana, Comunicarea Comisiei (2001), “ Supporting national strategies for safe and sustainable pensions through an integrated approach”, COM (2001) 362 final of 3 iulie 2001

#### **Parlamentul European (1999), “The Social Aspects of Enlargement of the European Union”, Briefing Paper nr 39, Task Force “Enlargement”, iulie 1999**

#### **Comitetul Economic si Social European (2001), Opinion on “EU Enlargement: the challenged faced by candidate countries of fulfilling the economic criteria for accession”, Brussels, 25 aprilie 2001**

**Comitetul pentru Protecție Socială, “Adequate and Sustainable Pension”, raport redactat de Comitetul pentru Protecție Socială asupra „Evoluției viitoare a protecției sociale”**

**Comitetul Consultativ EEA (1998), Resolution on Employment and Social Policy, C/20/R/001 – CES 1476/98 fin, 22 aprilie 1998, Bruxelles**

**Quintile Otile, Speech, “Future Cooperation with candidate countries on employment and social inclusion”, High-level meeting, Brussels, 13 February 2002**

Council regulation (EC) No 1408/71 of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons, to self-employed persons and to members of their families moving within the Community, consolidated version — OJ No L 28 of 30. 1. 1997

Council regulation (EEC) No 574/72 of 21 March 1972 laying down the procedure for implementing Regulation (EEC) No 1408/71 on the application of social security schemes to employed persons, to self-employed persons, to self-employed persons and to their families moving within the Community, consolidated version — OJ No L 28 of 30. 1. 1997.

**b) Documente ale Guvernului României**

Guvernul României (2000), Programul de guvernare pe perioada 2001-2004

Guvernul României (2001), Planul pe acțiuni al Programului de guvernare, februarie 2001

Guvernul României (2001), Programul National de Aderare la Uniunea Europeana

Guvernul României (2001), “Raportul anual privind progresele României în procesul de pregătire a aderării la Uniunea Europeana” - Septembrie 2000-Iunie 2001”, iunie 2001

Guvernul României (2001), “Addendum (iulie – septembrie 2001)” la “Raportul anual privind progresele României în procesul de pregătire a aderării la Uniunea Europeana”, 2001

Guvernul României (2001), Document de poziție al României, Capitolul 13 „Politica socială și ocuparea forței de muncă”, iunie 2001

Guvernul României (2001), Document de poziție al României, Capitolul 2, “Libera circulație a persoanelor”, decembrie 2001

Legea 19/17.03.2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, publicată în Monitorul Oficial 140/1.04.2000, cu modificările și completările ulterioare

Ordonanța de Urgență 41/27.04.2000 pentru completarea și modificarea Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, publicată în Monitorul Oficial 183/27.04.2000

Ordonanța de Urgență 294/30.12.2000, pentru completarea și modificarea Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, publicată în Monitorul Oficial 707/30.12.2000

Ordonanța de Urgență 107/27.06.2001, pentru completarea și modificarea Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, publicată în Monitorul Oficial 352/30.06.2001

Ordonanta de Urgenta 49/29.03.2001, pentru completarea si modificarea Legii 19/2000 privind sistemul public de pensii si alte drepturi de asigurari sociale, publicata în Monitorul Oficial 161/30.03.2001

Hotarârea Guvernului 4/4.01.2001 privind organizarea si functionarea Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale, publicata în Monitorul Oficial 10/9.01.2001

Hotarârea Guvernului 267/22.02.2001, pentru modificarea si completarea Hotarârii Guvernului nr. 4/2001 privind organizarea si functionarea Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale, publicata în Monitorul Oficial 117/7.03.2001

Hotarârea Guvernului 1317/27.12.2001, pentru modificarea si completarea Hotarârii Guvernului nr. 4/2001 privind organizarea si functionarea Ministerului Muncii si Solidaritatii Sociale, publicata în Monitorul Oficial 19/15.01.2002

Hotarârea Guvernului 1065/9.11.2001 privind adoptarea statutului Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale, publicata în Monitorul Oficial 576/17.11.2000

Hotarârea Guvernului 250/22.02.2001, pentru modificarea si completarea Statutului Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale , publicata în Monitorul Oficial 110/5.03.2001

Hotarârea Guvernului 1319/27.12.2001, pentru modificarea si completarea Statutului Casei Nationale de Pensii si Alte Drepturi de Asigurari Sociale , publicata în Monitorul Oficial 28/17.01.2002

c) Articole, studii, carti

**De la Porte, Caroline (1999) “The Manner in which the EU Shapes Social Policy in the CEEC through sub-contracted actors implementing the external aid programme PHARE”**,

De la Porte, Caroline and Pochet Philippe (2000) “Une strategie concertee en matiere de securite sociale au plan europeene”, în Revue belge de la Securite Sociale, nr 2, 2000,

**De la Porte, Caroline (2000) “Enjeux et perspectives de la dimension sociale de l’elargissement”**, în Revue belge de la Securite Sociale, vol 43,

**De la Porte, Caroline (2000) “Is there an emerging consensus on social protection?”**, în „Yearbook of European Trade Union Institute” (ETUI), pp. 309– 340

**De la Porte, Caroline (2000) “Is enough attention being accorded to the social dimension of enlargement?”**, în „Social Development in the European Union”, European Social Observatory, pp 49-60

**Draus, Franciszek (2000) “Un elargissement pas comme les autres ... - Reflexion sur les specificites des pays candidates d’Europe centrale et Orientale”**, Etude et Recherches no 11, Groupement d’etudes et de recherches “Notre Europe”, [www.notre-europe.asso.fr](http://www.notre-europe.asso.fr)

**Pena-Casas, Ramon, Pochet, Philippe (2000), “Social Protection – two areas of work in progress: poverty and exclusion; pensions”**, în „Social Development in the European Union”, European Social Observatory, 2000

**Brusis, Martin, Emmanouilidis, A., Janis (2000), “Negotiating EU Accession: Policy approaches of Advanced Candidate Countries from Central and Eastern European**

Europe”, Bentelmann Foundation and the Bentelmann Group for Policy Research, Centre for Applied Policy Research, iulie 2000

Math, Antoine, Pochet, Philippe (2001), “Les pensions en Europe: Debats, Acteurs et Methode”, în Revue Belge de la Securite Sociale, 2/2001

Clotuche, Gabrielle (2001), “Social Protection in the CEEC in the context of Enlargement of European Union”, în Revue Belge de Securite Sociale, special issue, 2001

Trubek, M., David and Mosher, James (2001) “New Governance, EU Employment policy, and the European Social Model”, disponibil pe Internet [www.law.harvard.edu/programs/jean\\_monet/](http://www.law.harvard.edu/programs/jean_monet/)

De la Porte, Caroline, Deacon, Bob (2001), “A Critical Assesemnt of the role of consulting companies as agents for the transfer of EU social policy advice to Eastern Europe”, Final Report, Ministry pf Foreign Affaires of Finland, STAKES, Helsinki, 31 august 2001

Mangan, Gerry (2001), “Romanian Pension System and Reform”, lucrare prezentata la conderinta “Learning from Partners”, organizata de Banca Mondiala/IIASA în colaborare cu CE/Guvernul austriac/LBI, Viena, april 2001

UNDP (2001), “Romania After 2000: Threats and Challenges”, Annual Early Warning Report, România 2001, Polirom

Banca Mondiala (2001), “Romania – Pension System in Review”, nepublicata

Conferinta asupra pensiilor private, 23-26 aprilie 2001, Sofia, Bulgaria, gazduita de Ministerul Muncii si al Politicilor Sociale din Bulgaria, organizata si sponsorizata de OECD, USAID, materiale, documente si prezentari disponibile pe Internet la adresa <http://www.pension.bg/en/raboten1.htm>

d) Date statistice

CNS, Anuarul Statistic al României, 1990 – 2001, Comisia Nationala de Statistica

IMF (1998), “Romania: Statistical Appendix”, IMF Staff Country Report No 98/123, Noiembrie 1998

UNDP (2000), Raportul Dezvoltarii Umane, România, 2000

CNS (2001), UNICEF, “Tendinte sociale”, Comisia Nationala de Statistica, 2001

IMF (2001), “Romania: Selected Issues and Statistical Appendix”, IMF Staff Country Report No 01/16, ianuarie 2001

## II HEALTH CARE SYSTEM

### **a) Documents of European Institutions**

European Commission (1994), “White Paper: European social policy - a way forward for the Union”, 1994, available on the Internet: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c10112.htm>

European Commission (1996), European Social Charter (revised), Strasbourg, 03.05.1996, available on-line: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

**European Commission (1998), 1998 Regular Report from the Commission on Romania's Progress towards Accession"**

**European Commission (1998), 1998 Regular Report from the Commission on Bulgaria's Progress towards Accession"**

**European Commission (1998), 1998 Regular Report from the Commission on Hungary's Progress towards Accession"**

**European Commission (1998), 1998 Regular Report from the Commission on Poland's Progress towards Accession"**

**European Commission (1999), 1999 Regular Report from the Commission on Romania's Progress towards Accession, 13 October 1999**

**European Commission (1999), 1999 Regular Report from the Commission on Bulgaria's Progress towards Accession, 13 October 1999**

**European Commission (1999), 1999 Regular Report from the Commission on Hungary's Progress towards Accession, 13 October 1999**

**European Commission (1999), 1999 Regular Report from the Commission on Poland's Progress towards Accession, 13 October 1999**

European Commission (1999), Staff Working Paper on Health and Enlargement, June 1999

The Phare Programme, Annual Report 1999 for the candidate countries,

European Commission (2000), Staff Working Paper on health and enlargement, 2000

European Commission (2000), "Enlargement Strategy Paper - Report on Progress Towards Accession by each of the Candidate Countries", 8th November 2000 - ANNEXES,

The Phare Programme, Annual Report 2000 for the candidate countries,

European Commission (2000), Communication from the Commission on the Health Strategy of the European Community, COMM (2000) 285 final, available on the Internet: [http://europa.eu.int/comm/health/ph/eu\\_action/eu\\_action01\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/health/ph/eu_action/eu_action01_en.html)

European Commission (2000), 1999 Regular Report from the Commission on Romania's Progress towards Accession, 8 November 2000

European Commission (2000), 1999 Regular Report from the Commission on Bulgaria's Progress towards Accession, 8 November 2000

European Commission (2000), 1999 Regular Report from the Commission on Hungary's Progress towards Accession, 8 November 2000

European Commission (2000), 1999 Regular Report from the Commission on Czech Republic's Progress towards Accession, 8 November 2000

European Commission (2000), 1999 Regular Report from the Commission on Poland's Progress towards Accession, 8 November 2000

European Commission (2001), 1999 Regular Report from the Commission on Romania's Progress towards Accession, 13 November 2001

European Commission (2001), 1999 Regular Report from the Commission on Bulgaria's Progress towards Accession, 13 November 2001

European Commission (2001), 1999 Regular Report from the Commission on Hungary's Progress towards Accession, 13 November 2001

European Commission (2001), 1999 Regular Report from the Commission on Czech Republic's Progress towards Accession, 13 November 2001

European Commission (2001), 1999 Regular Report from the Commission on Poland's Progress towards Accession, 13 November 2001

**392H041 92/441/EEC:** Council Recommendation of 24 June 1992 on common criteria concerning sufficient resources and social assistance in social protection systems, Official Journal, L 245, 26/08/1992 P. 0046 – 0048 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1992/en\\_392H0441.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1992/en_392H0441.html);

**392H0442 92/442/EEC:** Council Recommendation of 27 July 1992 on the convergence of social protection objectives and policies, Official Journal L 245, 26/08/1992 P. 0049 – 0052 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1992/en\\_392H0442.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1992/en_392H0442.html);

**393Y0710(01)** Council Resolution of 30 June 1993 on flexible retirement arrangements, Official Journal, C 188, 10/07/1993 P. 0001 – 0002 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1993/en\\_393Y0710\\_01.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1993/en_393Y0710_01.html);

**300Y0112(04)** Council Conclusions of 17 December 1999 on the strengthening of cooperation for modernizing and improving social protection, Official Journal, C 008, 12/01/2000 P. 0007 – 0008 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/2000/en\\_300Y0112\\_04.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/2000/en_300Y0112_04.html);

**473Y0618(01)** Declarations of the new Member states provided for in Article 5 of Regulation (EEC) No 1408/71 of the Council, of 14 June 1971, on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community, Official Journal, C 043, 18/06/1973 P. 0001 – 0007 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1973/en\\_473Y0618\\_01.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1973/en_473Y0618_01.html);

**499Y0506(01)** Resolution of the Council and the Representatives of the Member States, meeting within the Council of 22 April 1999 on a Code of Conduct for improved cooperation between authorities of the Member States concerning the combating of transnational social security benefit and contribution fraud and undeclared work, and concerning the transnational hiring-out of workers, Official Journal, C 125, 06/05/1999 P. 0001 – 0003 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1999/en\\_499Y0506\\_01.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1999/en_499Y0506_01.html);

**400Y0112(01)** Resolution of the Council of the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council of 17 December 1999 on the employment and social dimension of the information society, Official Journal, C 008, 12/01/2000 P. 0001 – 0003 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/2000/en\\_400Y0112\\_01.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/2000/en_400Y0112_01.html);

Liste des Directives pour lesquelles l'unité Santé, Sécurité et Hygiène sur le lieu du travail (DG Emploi et Affaires sociales) est responsable 1978-2000

Recommendations in force of the European Commission: 390H0326, 90/326/EEC: Commission Recommendation of 22 May 1990 to the Member States concerning the adoption of a European schedule of occupational diseases, Official Journal L 160,

26/06/1990 P. 0039 – 0048 – available on the Internet: [http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1990/en\\_390H0326.html](http://europa.eu.int/eur-lex/en/lif/dat/1990/en_390H0326.html)

#### **b) Documents of the Romanian Government**

Romanian Government (2000), Romania's Position Paper on Chapter 23, "Consumers Health Protection", 6 November 2000

Romanian Government (2001), Romania's Position Paper on Chapter 13 "Employment and Social Protection", June 2001

Romanian Government (2001), Romania's Position Paper on Chapter 2, "Free Movement of Workers", December 2001

Government of Romania, Evaluation study made by the Romanian Government on the level of implementation of the European acquis in the internal legislation: "4.13.7. Social Security, Elderly and Social Exclusion"

Ministry of Health and Family (2000), "White Book on governance in the field of health", December 2000

Law 74/1995 regarding the profession of physician and the organization and activity Romanian Physicians College

Law 145/1997 of Social Health Insurances

1999 Statute of National health Insurance House

Law No. 146 / 1999 regarding the organization, functioning and funding of hospitals

Urgency Ordinance no. 180/2000 for modification and adding of Social Health Insurance Law no. 145/1997

Ordinance no. 68/2001 for modification of Law no. 146/1999

Frame contract, January 2001 regarding provision of medical assistance in the social security health system, for 2001

Ministerul Sanatatii (2000), „Anuar de statistica sanitara 1999”, Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentatie Medicala , Bucharest, august 2000

#### **c) Articles, monographies, books**

Tesliuc, Cornelia, Mihaela and Pop, Lucian (1999), „Poverty, inequality and social protection”, study presented at the „Romania 2000: 10 years of transition – past, present and future” conference, organized by the World Bank and the Romanian Center for Economic Policies,

Chirca, Constantin and Tesliuc, Emil, Daniel coord.(1999) “From rural poverty to rural development”, World Bank and the National Commission for Statistics, study presented at the „Romania 2000: 10 years of transition – past, present and future” conference, organized by the World Bank and the Romanian Center for Economic Policies,

Oprescu, Gheorghe (2000), „Labour market in Romania”, study presented at the „Romania 2000: 10 years of transition – past, present and future” conference, organized by the World Bank and the Romanian Center for Economic Policies,

**Pauna, Catalin and Pauna, Bianca (2000), “Output decline and labor reallocation in transitional economies; Where does Romania stand?” – study presented at the „Romania 2000: 10 years of transition – past, present and future” conference, organized by the World Bank and the Romanian Center for Economic Policies,**

Zamfir, Catalin, Marginean, Ioan, Dan, Adrian-Nicolae, Ilie, Simona, Pop, Luana, Pop, Lucian, Preda, Marian, Socol, Gheorghe, Stanciu, Mariana, Teodorescu, Mihaela, Voicu, Bogdan (2001), „Situatia saraciei în România: cauzele saraciei, evaluarea politicilor anti-saracie, directii de actiune pentru combaterea saraciei.”, UNDP, Bucharest, creative ID, June 2001

Vladescu, Cristian, Enachescu, Dan si Dragomiristeanu coord. (2001), Aurora „Politici de alocare a resurselor si de planificare a personalului medical în sistemele de sanatate – România în contextul international”, Centrul pentru Politici si Servicii de Sanatate, Bucharest 2001,

World Bank (2001), „Romania; country assistance strategy”, 22.05.2001, Memorandum of the president of the International Bank for Reconstruction and Development and the International Finance Corporation to the executive directors on a country assistance strategy of the World Bank for Romania,

World Bank, „Romania Data Profile”, available on the Internet: <http://www.worldbank.org.ro/eng/data/index.shtml>

World Bank, „Key social and economic indicators”, available on the Internet: <http://www.worldbank.org.ro/eng/data/index.shtml>

World Bank, „Romania at a glance”, data and economic indicators provided by the World Bank, available on the Internet: <http://www.worldbank.org.ro/eng/data/index.shtml>