

Reforma sistemelor de asistență socială – starea de fapt

În toate țările foste comuniste reforma serviciilor de publice de asistență socială (traducere fatalmente aproximativă pentru ansamblul de sisteme publice care în țările dezvoltate funcționează sub eticheta de *welfare state*) crează probleme deosebite, ceea ce explică și întârzierea relativă a schimbării în aceste domenii. În primul rând, sisteme ca cele de pensii, sănătate sau educație implică fiecare zeci sau sute de mii de actori angajați pe diverse paliere, fiecare cu propriile sale interese și rutine, iar reforma radicală se lovește de o rezistență ușor de înțeles. În al doilea rând, așteptările oamenilor în lumea fostă comunistă, consolidate timp de decenii și aproape asimilate drepturilor, sunt că vor avea acces la servicii sociale comparabile calitativ și cantitativ cu cele din țările dezvoltate, în ciuda faptului că mijloacele de care dispune sectorul public post-comunist sunt mai aproape de cele din lumea a treia. Discrepanța este una majoră, dar asta nu reduce cu nimic nivelul de așteptare al cetățenilor-beneficiari.

Teoreticienii tranziției au propus dealtfel distincția între reformele *din valul unu* – liberalizarea comerțului, stabilizarea monetară, primele etape de privatizare – și cele *din valul doi*, înglobând între altele și serviciile sociale amintite. Dacă primele sunt mai ușor de proiectat și implementat de către echipe de tehnocrați lucrând de la centru, celelalte sunt dificile și lente pentru că presupun ajustarea comportamentului sutelor de mii de actori implicați, precum și a așteptărilor publicului. Capitolul de față inventariază probleme și soluții în două astfel de sisteme, sănătatea și pensiile, prezentându-le sub formă de policy memo (vezi Metodologia).

A. O schemă de evaluare pentru asigurările sociale de sănătate. Studiu comparativ asupra României, Ungariei și Republicii Cehe.¹

Trăsătura comună a reformei serviciilor de sănătate în Europa Centrală și de Est este introducerea separării între cumpărătorul și furnizorul serviciilor medicale, prin introducerea caselor de asigurări sociale de sănătate, care primesc contribuția socială a asiguraților și cumpără servicii de sănătate în numele acestora. Crucială pentru succesul reformei este capacitatea fondurilor de asigurări de a facilita restructurarea furnizorilor din domeniul sănătății, în loc de a plăti pur și simplu pentru costurile lor. Acest rol este ceea ce am numit în continuarea lucrării “cumparator activ sau eficient”, spre deosebire de simplul plătitor.

Lucrarea prezintă pe scurt criteriile utilizate în literatura pentru evaluarea performanțelor sistemului de sănătate. Accentul cade pe criteriile de micro-eficiență formulate de LeGrande în teoria cvasi-pietelor. Pornind de la aceste considerații teoretice, am elaborat o serie de criterii pentru evaluarea performanțelor fondurilor de

¹ Concluziile rezumate aici sunt rezultatul unui proiect de cercetare finanțat de Institutul pentru o Societate Deschisă, prin programul International Policy Fellowship. Am beneficiat în plus de sugestiile primite de la dr. Elias Mossialos, director al LSE Health, căruia de asemenea îi mulțumesc.

sănătate în calitate de cumpărători activi. În a doua parte a studiului voi aplica acest set de criterii analizei situației din cele trei țări ale Europei Centrale și de Est pe care le-am avut în vedere: România, Polonia și Republica Cehă, în încercarea de a identifica modelul cel mai performant.

Trăsături ale asigurării sociale de sănătate în România, Ungaria și Republica Cehă

Există multe similitudini în reforma sănătății în țările CEE. Toate aceste țări trec de la sistemul socialist integrat la cel de asigurare socială. Elementul cheie pentru succesul reformelor este introducerea fondurilor de sănătate ca un terț plătitor, cu scopul de a elimina imperfecțiunile pieții care caracterizează sectorul sănătății. Există două modele în competiție pentru organizarea acestor fonduri de sănătate. Primul, întâlnit între altele în România e un fond unic (fie la nivel național ca în Ungaria, fie la nivel regional ca în Polonia și România). Alternativa constă în existența mai multor fonduri de sănătate aflate în competiție, așa cum este cazul în Republica Cehă (și Rusia).

Performanțele acestor aranjamente instituționale nu sunt clar elucidate. Există nemulțumiri cu privire la rezultatele competiției din Rusia, unde se discută o trecere la modelul monopsonic (cu cumpărător unic). Pe de altă parte, guvernul ungar intenționează să treacă la modelul competițional ceh (puternic reglementat).

Criterii de evaluare a sistemului de îngrijiri de sănătate

Literatura privitoare la politicile de sănătate discută patru mari criterii pentru evaluarea politicilor de sănătate: macro-eficiența, micro-eficiența, libera alegere și adecvarea la nevoile pacienților, și în fine echitatea.

1. Macro-eficiența

Ceea ce este etichetat ca macro-eficiență este de fapt o măsură a efortului (input): cheltuielile pe sănătate, măsurate de obicei ca parte din PIB. Spre deosebire de sistemele de sănătate din Europa de Vest și SUA, provocarea în fața căreia se găsesc țările CEE, și mai ales sistemul românesc de sănătate, este mai degrabă finanțarea insuficientă decât cheltuirea unei proporții prea mari din averea națională. În România, cheltuielile pentru sănătate au reprezentat între 2.8-4% din GDP în timpul anilor de tranziție, mai puțin de jumătate din ceea ce se cheltuiește în țările dezvoltate (în jur de 9% în Germania – modelul celor mai multe reforme din țările CEE, sau 13% în Statele Unite). De asemenea, e chiar mai puțin decât în țările vecine din Europa Centrală și de Est, dar conform Băncii Mondiale corespunde nivelului așteptat pe baza nivelului actual de dezvoltare economică în România (Chellaraj, 1996). În spatele introducerii asigurării sociale, în esență un impozit ipotecat (având o destinație precisă), a stat ideea rezolvării insuficienței finanțării a sectorului de sănătate.

Al doilea (și opus) risc al macro-eficienței e acela că stimulentele pentru furnizorii de servicii medicale sau pacienții individuali vor rezulta într-o creștere enormă a cheltuielilor de sănătate. Acesta a fost cazul în Republica Cehă la începutul anilor 1990, dar e mai puțin probabil în România și Ungaria. Spre deosebire de reformele cehe, în primul rând nu există o competiție pe piața asigurărilor. Și mai important, plata în funcție de numărul de pacienți pentru medicii de familie și bugete fixe

(Romania)² / DRG (Ungaria) pentru spitale reprezintă instrumente mai potrivite pentru controlarea cheltuielilor. În plus, descurajarea medicilor de familie de a avea un număr mare de pacienți reduce competiția, și prin urmare riscul unui exces de trimiteri la specialiști, ca mijloc de a “mulțumi” pacienții. Unica problemă în acest caz rămân totuși constrângerile bugetare slabe în sectorul de sănătate, având în vedere că spitalele acumulează datorii mari fără a suporta consecințe. Aceasta este o deficiență la nivel micro-economic, dar cu posibile repercursiuni la nivel macro-economic.

2. Micro-eficiența

Aceleași instrumente care sunt utile pentru reducerea riscurilor din punct de vedere al macro-eficienței, prin reducerea competiției, pot reduce în același timp și micro-eficiența. LeGrand și Robinson (1994) au dezvoltat condițiile care ar permite sectorului public al cvasipiețelor să aproximeze eficiența piețelor competitive. Aceste condiții se referă la: structura pieței, informație, costuri de tranzacții și nesiguranță, motivație și cream-skimming.

Structura pieței – ideal structura pieței ar trebui să aproximeze modelul competiției perfecte: un mare număr de furnizori și consumatori, nici unul suficient de mare pentru a putea influența piața, care pot intra și ieși de pe piață cu ușurință. Dacă aceste condiții sunt imposibil de îndeplinit și există un singur jucător fie de partea ofertei (monopson) fie de partea cererii (monopol), situația ar putea fi contrabalansată prin crearea unui jucător unic ca contragreutate pe partea opusă.

Informația – asimetria de informație e larg răspândită pe piața sănătății, atât din cauza faptului că este o piață de asigurări, cât și din cauza naturii tehnice a cunoștințelor medicale. Prin urmare, informație adecvată ar trebui să fie produsă și distribuită, iar cadrul instituțional ar trebui să minimizeze stimulentele pentru selecția adversă.

Costurile de tranzacție și nesiguranța – costurile de tranzacție ar trebui de asemenea să fie minimizezate, atât prin reducerea nesiguranței cât și prin crearea unei structuri instituționale potrivite.

Motivația – sistemul de plăți ar trebui să recompenseze o bună performanță a furnizorilor

Cream-skimming – e un caz de *selecție adversă* prin care agentul de asigurări selectează numai riscurile bune din populație și nu îi asigură pe cei care au cu adevărat nevoie de îngrijiri medicale.

3. Posibilitatea de alegere și adecvarea la nevoile pacienților

Acest criteriu include libertatea pacientului de a alege atât tipul de serviciu preferat cât și furnizorul.

4. Echitate

Lasând de o parte rezervele privind utilizarea unui concept atât de subiectiv precum echitatea, voi folosi, urmând direcția majoritară în literatură, definiția mai generoasă a

² Din 2002, și în România va fi introdus sistemul DRG (grupe de diagnostic) pentru finanțarea spitalelor.

echității ca *grijă egală pentru nevoi egale* (adică fără preocuparea pentru abilitatea de a plăti).

Trăsături ale Cumpărătorului Eficient

Luând în considerare criteriile de evaluare descrise mai sus, am identificat trăsăturile unui fond de sănătate care stimulează o bună performanță a sistemului de sănătate conform acestor criterii.

- i. Pot fondurile de sănătate să selecteze furnizorii? Acesta este elementul cheie pentru introducerea competiției între furnizori și pentru satisfacerea posibilității “de ieșire” cerută de modelul cvasi-pieței al lui LeGrand.
- ii. Care sunt metodele de rambursare a furnizorilor? Conduc acestea la eficiență? Stimulente perverse în modul de plată au dus la explozia costurilor de sănătate la începutul anilor 1990 în Republica Cehă.
- iii. Cat de dezvoltată este baza de date ? Absența informațiilor asupra costurilor serviciilor medicale este unul dintre cele mai mari obstacole în calea unei utilizări eficiente a resurselor în sistemul de sănătate.
- iv. Cine este responsabil de planificarea pe termen lung? (ex: investiții de capital)? Rambursarea furnizorilor acoperă numai costurile de operare sau acoperă și deprecierea mijloacelor fixe? Divorțul dintre decizia privind investiția și finanțarea costurilor recurente (de operare) este o sursă de ineficiență – dintr-o perspectiva economică costurile totale (recurente și deprecierea mijloacelor fixe) ar trebui să fie luate în considerare când se analizează cost-eficacitatea alternativelor de tratamente.
- v. Cine se ocupă de măsurile de sănătate publică? Sunt fondurile de sănătate implicate în vreun fel? Din nou, atâta timp cât prevenirea unei boli e mai ieftină decât tratarea ei, are sens din punct de vedere economic să desemnăm un singur organism (adică fondul de sănătate) responsabil cu toate costurile, prin urmare inclusiv tratamentul preventiv.
- vi. Cât de mare e proporția din costurile totale reprezentată de costurile administrative? Dezavantajul competiției (adunarea de informații, analize de cost și așa mai departe) constă în creșterea costurilor administrative, ceea ce ar putea înghiți câștigurile realizate din eficiența crescută a operațiilor.
- vii. Este asigurată continuitatea serviciilor medicale când cineva își schimbă fondul de sănătate? Un alt aspect negativ al fondurilor multiple de sănătate ar putea fi fragmentarea pieței de sănătate, ceea ce ar crea dependența de un anumit fond și ar împiedica mobilitatea forței de muncă.
- viii. Există variații mari în calitatea serviciilor de sănătate între fondurile de sănătate? Dar în ceea ce privește compoziția pachetului de servicii? În timp ce aceste trăsături pot juca un rol în competiția între agenții de asigurări, ele pot crește și costurile de informație pentru pacienți, ducând la malfuncții ale pieței.

- ix. Este accesul la îngrijiri de sănătate împiedicat în vreun fel? Cât de răspândită e selecția adversă? Selecția adversă este sursă majoră de malfuncții ale pieței asigurărilor de sănătate.

Sunt fondurile de sănătate cehe, ungare sau romane cumpărători eficienți?

Pentru fiecare din aceste trăsături voi analiza performanța în cele trei țări studiate.

- **Selecția furnizorului.** În timp ce teoretic acest lucru este posibil în toate cele trei țări, practic nu există o selecție a furnizorilor. Acest lucru surprinde mai ales în Republica Cehă unde competiția ar putea să forțeze fondurile de sănătate să fie discriminatorii în privința furnizorilor pe care îi contractează.
- **Metoda de plată.** Așa cum am sugerat în altă parte în lucrare, alegerea metodei de rambursare a creat probleme în Republica Cehă. Când reforma a demarat, la începutul anilor 90, furnizorii au fost compensați de fondurile de sănătate printr-o formulă care în esență reprezenta ‘plata pe serviciu’. Această metoda de rambursare a contribuit la o mare creștere a numărului intervențiilor medicale și, ca urmare, o creștere a cheltuielilor de sănătate. În prezent, toate cele trei țări utilizează sisteme de plată a furnizorilor care favorizează menținerea sub control a costurilor. Medicii de familie sunt plătiți *per capita* (conform numărului de pacienți). Pentru spitale, Ungaria folosește rambursarea bazată pe grupe de diagnostic (DRG), și această metodă urmează a fi introdusă și în Republica Cehă și România. Atenție totuși: DRG e într-adevar un foarte bun instrument pentru management, și poate mări cu mult eficiența operațională, dar nu este în sine un instrument pentru menținerea sub control a costurilor. Pentru a nu scăpa de sub control bugetul spitalelor, DRG trebuie cuplat și cu alte măsuri. Nu în ultimul rând, măsuri pentru menținerea sub control a costurilor sunt implementate în sectorul farmaceutic: România și Republica Cehă folosesc variante ale *prețului de referință* (bazat pe clasa medicamentului). Merită menționat totuși faptul că metoda de plată e impusă prin lege în toate aceste trei țări, și prin urmare nu e direct legată de abilitatea fondurilor de sănătate de a dezvolta un mod eficient de a rambursa furnizorilor. Presupunerea că presiunea competiției va forța fondurile de sănătate cehe să dezvolte un sistem mai eficient de plată nu a fost confirmată.
- **Baza de date.** Există o bună bază de date cu privire la costurile serviciilor de sănătate în Ungaria și Republica Cehă. În primul caz este corolarul aplicării sistemului DRG, iar în al doilea este efectul secundar pozitiv al metodei de rambursare prin *plata pe serviciu*. Din nou, aceste rezultate nu sunt direct legate de activitatea fondurilor de sănătate.
- **Planificare pe termen lung.** În toate cele trei țări fondurile de sănătate acoperă (o parte din) costurile operaționale. Investițiile de capital sunt în mâna guvernului.
- **Măsuri de sănătate publică.** În mod similar, măsurile de sănătate publică se află în mâinile autorităților guvernamentale și nu sunt integrate activității fondurilor de sănătate. În Ungaria există o inițiativă de a integra activitatea *stakeholder*-ilor din sistemul de sănătate, prin stabilirea “țintelor de sănătate”, dar această abordare nu și-a arătat încă roadele.

- **Costuri administrative.** În toate cele trei țări costul administrativ reprezintă o proporție destul de scăzută din cheltuielile totale. Acest fapt infirmă așteptările că sistemul pluralist este predispus la cheltuieli administrative mari.
- **Asigurarea continuității serviciilor medicale.** În toate cele trei țări există un pachet de servicii medicale obligatorii. Fondurile de sănătate nu oferă pachete de servicii substanțial mai largi față de aceste cereri minime, în Ungaria și România pentru că fiind practic monopoluri nu au de ce să o facă, iar în Republica Cehă deoarece există restricții de ordin legal. Prin urmare pachetul de servicii oferite variază foarte puțin, iar chestiunea asigurării continuității beneficiilor la schimabarea fondului e irelevantă.
- **Pachetul de servicii.** În toate cele trei țări pachetul de servicii oferite e amplu, numai câteva tipuri de intervenție fiind excluse (ex: chirurgia estetică). Există probleme însă în privința capacității de a plăti pentru aceste pachete consistente. În România, de exemplu, se pune problema introducerii asigurărilor private opționale pentru a plăti pentru intervențiile ne-esențiale (sau pentru co-plățile mari pentru acestea).
- **Acces la serviciile de sănătate.** Nu există plângeri cu privire la selecția adversă în vreuna din cele trei țări. Acest lucru era de așteptat în cazul sistemelor monopsonice, precum România și Ungaria, dar este o surpriză în cazul Republicii Cehă, pentru că piața pluralistă de asigurări ar trebui să fie predispusă la selecție adversă. Astfel de cazuri au fost raportate la începutul reformelor, dar reacțiile opiniei publice și ale comunității medicale, împreună cu legislația, țin sub control fenomenul. În România există probleme de acces la serviciile medicale, dar acestea își au originea în inegalitățile regionale (mai ales de-a lungul clivajului urban/rural), și nu sunt direct legate de structura pieței asigurărilor de sănătate.

Aceste rezultate sunt rezumate în tabelul de mai jos.

Fondurile de sănătate ca și cumpărători eficienți. Comparatie între Republica Cehă, Ungaria și România.

Trăsătura	Republica Cehă	Ungaria	România
Abilitatea de a selecta furnizorii	Nu	Nu	Nu
Metoda eficientă de plată	Da	Da	Da
Dezvoltarea unei baze de date	Da	Da	Nu
Planificare pe termen lung	Nu	Nu	Nu
Măsuri de sănătate publică	Nu	Nu	Nu
Costuri administrative mici	Da	Da	Da
Continuitatea îngrijirilor medicale	Da	Da	Da
Un pachet bun de servicii medicale	Da	Da	Da
Acces bun la serviciile de sănătate	Da	Da	Nu

Concluzii

În ciuda căilor diferite pe care le-au ales în reforma serviciilor de sănătate, în cele trei țări analizate aici, Republica Cehă, Ungaria și România, este evidentă o convergență pregnantă a modului în care este guvernat sistemul îngrijirilor medicale. Modelul ceh, inițial mai competitiv, a devenit similar celor mai dirijiste, român și ungar. Această evoluție a rezultat din reglementările restrictive introduse de guvernul ceh, dar și din inabilitatea fondurilor de sănătate de a trata asimetria de informație ce caracterizează sistemul de sănătate. Teoretic un sistem competitiv, asigurarea socială de sănătate cehă nu este în final decât o piață cu un actor dominant și competiție redusă.

Există desigur diferențe între cele trei țări în ceea ce privește starea de sănătate a populației, și de sunt diferențe în ceea ce privește calitatea serviciilor de sănătate. Dar aceste diferențe sunt explicate de factori din afara cadrului nostru de analiză. Convergența sistemelor de guvernare este reflectată de similaritatea performanțelor conform indicatorilor *cumpărătorului eficient*. Diferențele minore ce mai apar din acest punct de vedere nu își au explicația în structura instituțională a asigurărilor sociale.

B. Reforma pensiilor în România

Această parte a fost concepută și redactată inițial în primăvara anului 2001, ca o evaluare inclusă în Early Warning Report (EWR), publicație lunară produsă de Societatea Academică din România pentru Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. EWR este un raport asupra politicilor publice, având drept scop semnalizarea crizelor potențiale și identificarea oportunităților de acțiune, pe baza unei evaluări științifice a tendințelor și axat pe propunerea de soluții imediate. Scopul unui astfel de studiu este mai puțin analiza academică, cât oferirea de consultanță decidenților politici. Rigoarea academică (aparatură teoretică, menționarea surselor) trec pe planul doi. Importante sunt diagnosticarea problemei și identificarea căilor alternative de acțiune. Respectând formatul EWR, materialul prezenta evoluția principalilor indicatori ai sistemului de pensii românesc și susținea urgentarea implementării reformei acestuia.

Alternativele privind organizarea sistemului de pensii

Rolul sistemului de pensii este de a transfera resurse de la generația actualmente activă către generația retrasă din activitate. În esență, există două modalități prin care se poate realiza acest lucru. În sistemele bazate pe acumularea de fonduri, pensia rezultă din contribuțiile depuse de către respectivul beneficiar în timpul perioadei sale de activitate. În sistemul 'pas cu pas' (*pay-as-you-go*, PAYG, numit de unii autori al 'transferurilor în flux'³), pensionarii de astăzi sunt plătiți din contribuțiile actualilor angajați, care se bazează pe promisiunea că, la rândul lor, vor primi o pensie din contribuțiile generației următoare.

³ Vezi Mărginean în Zamfir 1995, p. 82

În primul caz, contribuțiile beneficiarului sunt investite de fondul de pensii. În momentul ieșirii la pensie, suma acumulată prin aceste investiții este transformată într-o anuitate – o sumă care va fi plătită periodic pe tot parcursul vieții beneficiarului. Apar aici trei variabile importante: mărimea contribuției și rata de rentabilitate a investițiilor fondului, care împreună determină valoarea sumei acumulate, și rata anticipată a rentabilității nominale (dependența de rata anticipată a inflației și de cea a rentabilității reale), pe baza căreia suma acumulată este transformată în pensie (anuitate).

Există astfel două tipuri de pensii bazate pe acumularea de fonduri. În cazul *planurilor de pensii cu contribuții definite*, singurul element stabilit în avans este mărimea contribuției, beneficiarul urmând a suferi atât riscul legat de investițiile fondului de pensii, cât și pe cel legat de inflația viitoare. În cazul *planurilor cu beneficii definite*, organizate de obicei la nivelul unei companii sau al unei ramuri industriale, pensia este o parte definită din salariul (de obicei din ultimii ani de activitate) beneficiarului. Astfel, riscul legat de investiții este suportat de fondul de pensii, dar beneficiarul continuă să suporte riscul legat de inflație (Barr, 1993).

Planurile de pensii bazate pe acumularea de fonduri pot fi atât publice (ex. Singapore), cât și private (ex. Chile). În contrast, sistemele de pensii „pas cu pas” sunt obligatoriu publice, deoarece se bazează pe promisiunea că pensiile pentru actuala generație de lucrători va fi plătită prin taxarea generației viitoare. Valoarea pensiei nu are neapărat legătura cu valoarea contribuției. Există sisteme în care pensia reprezintă o sumă fixă, indiferent de sumele cu care a contribuit beneficiarul. Aceasta este *pensia de bază*, *pensia minimală*, întâlnită de exemplu în Marea Britanie. Există de asemenea posibilitatea ca valoarea pensiei să difere în funcție de dimensiunea contribuției, cum este cazul în Germania sau Benelux.

Toate sistemele de pensii existente pot fi reduse la combinații ale celor două abordări principale. O variantă populară în prezent este o pensie minimă asigurată prin sistemul ‘pas cu pas’, suplimentată de o pensie privată bazată pe contribuția asiguratului. Acesta este modelul pilonilor ce se preconizează a fi implementat în România, la recomandarea Băncii Mondiale. Primul pilon este vechiul sistem ‘pas cu pas’, cel de al doilea este o pensie obligatorie bazată pe contribuția în fonduri private, iar cel de al treilea este o pensie privată voluntară.

Vulnerabilitatea sistemului „pas cu pas”

Caracteristica esențială a sistemului „pas cu pas” o reprezintă divorțul între contribuția beneficiarului și cuantumul pensiei. În aceasta rezidă atât atractivitatea, cât și dezavantajul major al acestuia.

Sistemul „pas cu pas” permite indexarea pensiilor. Ar fi astfel posibilă creșterea pensiilor peste valoarea ce rezultă din contribuția beneficiarului, ținând cont de pildă de evoluția veniturilor din economie – împărțind astfel cu pensionarii roadele productivității crescute. Dincolo de redistribuția verticală (între generații), în funcție de preferințe politice, sistemul poate fi folosit și pentru redistribuirea orizontală: pentru transferul de resurse de la cei mai înstăriți la cei mai săraci. În fine, important pentru o țară precum România este faptul că sistemul permite indexarea pensiilor pentru a ține cont de o rată neanticipată de mare a inflației.

După cum am menționat, inflația neanticipată este călcâiul lui Ahile al sistemului de pensii prin acumularea de fonduri. Fondurile de pensii pot compensa acest risc prin

diversificarea investițiilor în mai multe țări. Deși astfel se elimină riscul inflației dintr-o anumită țară, pensiile rămân totuși vulnerabile la un șoc inflaționist global – cum a fost cazul șocurilor petroliere din anii '70. Un mijloc eficient de protejare a investițiilor fondurilor de pensii de eventualele șocuri inflaționiste îl reprezintă cumpărarea de hârtii de valoare indexate cu rata inflației. În realitate, astfel de titluri pot fi emise doar de către stat și sunt garantate prin abilitatea statului de a colecta impozite. Ar rămâne deci o componentă „pas cu pas” într-un plan de pensii bazat pe acumulare (Barr, 1993).

Dincolo de avantajele prezentate de posibilitatea redistribuirii și de robustețea în fața inflației, sistemul „pas cu pas” are serioase deficiențe. Deoarece pensiile sunt plătite din contribuțiile angajaților, indicatorul crucial pentru sănătatea sistemului este raportul de dependență: numărul de pensionari (beneficiari) față de numărul de angajați (contribuitori).

Un prim pretins dezavantaj al sistemului îl reprezintă astfel vulnerabilitatea în fața îmbătrânirii populației, fenomen care crește rata de dependență. Îmbătrânirea populației este desigur o provocare pentru sistemul de pensii, dar nu mai mult pentru sistemul „pas cu pas” decât pentru cel bazat pe acumularea de fonduri. Se întâlnește adeseori raționamentul conform căruia dacă pensia se bazează pe contribuțiile capitalizate ale beneficiarului, valoarea ei nu este influențată de evoluția demografică. Problema acestui raționament constă în aceea că neglijează faptul că, așa cum am afirmat la începutul acestui material, pensia transferă resurse de la generația activă la pensionari. Indiferent dacă pensia rezultă prin impozitare („pas cu pas”) sau prin economisire (acumularea de fonduri), valoarea ei reală este afectată de numărul populației active. La un stoc de capital constant, reducerea forței de muncă duce la scăderea resurselor ce pot fi alocate pensiilor prin două mecanisme. În primul rând, are loc o scădere a produsului intern brut. În al doilea rând, deoarece forța de muncă devine în termeni relativi „mai rară”, partea ce revine acesteia din produsul intern brut crește și scade corespunzător profitul adus de capital (din care fondurile de pensii plătesc și obligațiile ce le revin).

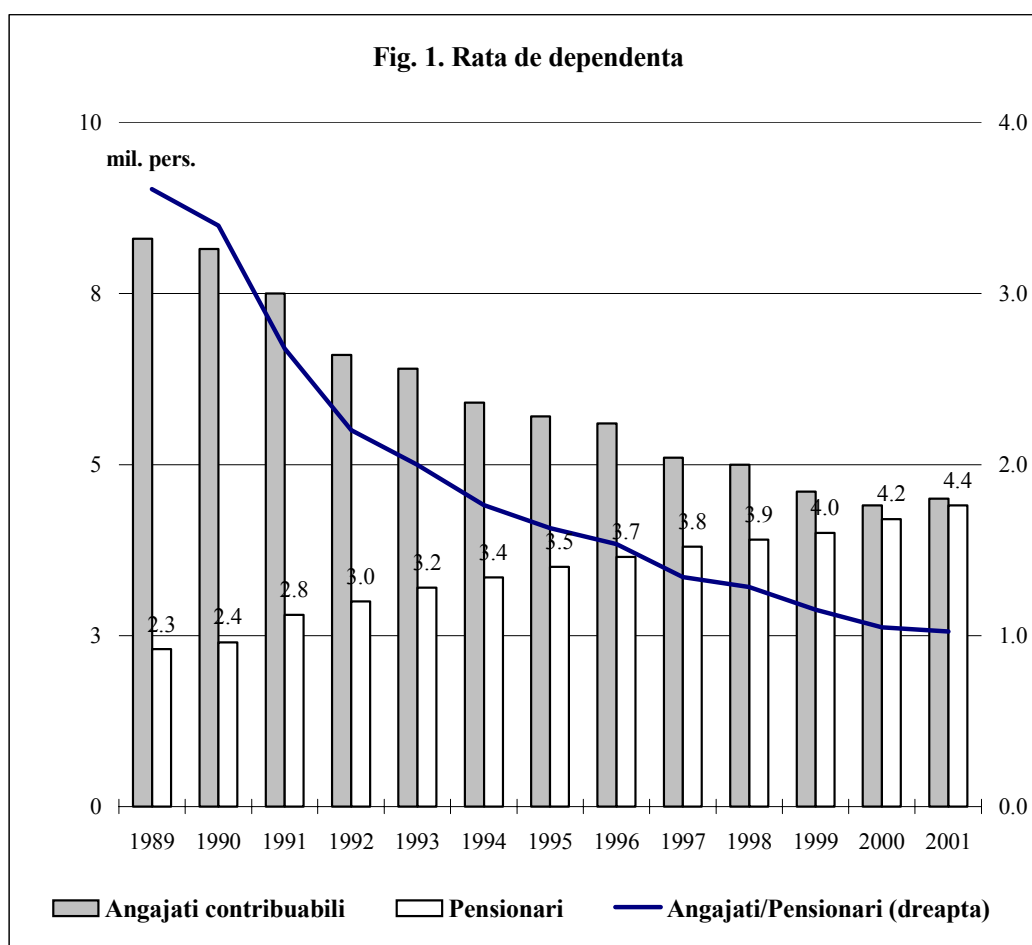
Problema majoră introdusă de divorțul între dimensiunea contribuției și valoarea pensiei constă în lipsa stimulentei pentru a rămâne în rândul forței de muncă. În sistemul „pas cu pas”, muncitorii nu au nici un interes să își prelungească activitatea, dimpotrivă pensionarea anticipată poate fi o opțiune tentantă. În plus, după cum prezice teoria alegerii publice, forța politică (masa electorală) poate fi folosită pentru a obține condiții generoase de ieșire la pensie și beneficii nesustenabile economic. Pensionarea timpurie și niveluri ale pensiilor ce nu pot fi suportate din punct de vedere economic sunt probleme de construcție ale sistemului „pas cu pas”.

Evoluția sistemului de pensii românesc

În 1990, situația fondului de pensii din România era satisfăcătoare. Deficiențele sistemului PAYG și evoluțiile demografice au falimentat însă sistemul. Noua lege a pensiilor 19/2000 și schimbările ulterioare aduse de Ordonanța de Urgență 49/2001 au îmbunătățit sistemul de stimulente prin încurajarea creșterii contribuțiilor pe o perioadă mai mare de timp. Dar aceste îmbunătățiri nu au efecte suficiente. Tendințele demografice și aspectul motivațional din sistemul PAYG necesită introducerea unei scheme de fonduri. Guvernul ar trebui să pună la punct o soluție alternativă pentru înlocuirea Hotărârii de Guvern 230/2000, anulată de administrația anterioară.

Apariția crizei

Ca și celelalte țări foste socialiste, România a intrat în perioada de tranziție cu un sistem de pensii PAYG în care pensionarii sunt plătiți din contribuțiile salariaților actuali, iar cuantumul pensiilor este legat de nivelul venitului (cu perioade de contribuții minime), dar nu direct relaționat de contribuția totală. Variabila cheie într-un astfel de sistem este rata de dependență: numărul pensionarilor/numărul salariaților (contribuabililor).



În 1990, România avea o rată normală, de 3.42. Această situație s-a schimbat rapid (Fig. 1). Evoluția demografică a creat probleme sistemului de pensii. Populația a scăzut, din cauza ratei negative de creștere și emigrării (Fig. 2). Principalul motiv al modificării ratei de dependență a fost însă pensionarea înainte de termen.

Profitând de prevederile generoase ale legii muncii care permitea pensionarea la 50 de ani pentru femei și la 55 de ani pentru bărbați, și introducerea unui număr de profesii într-o categorie superioară de risc, ce permitea pensionarea cu drepturi depline înainte

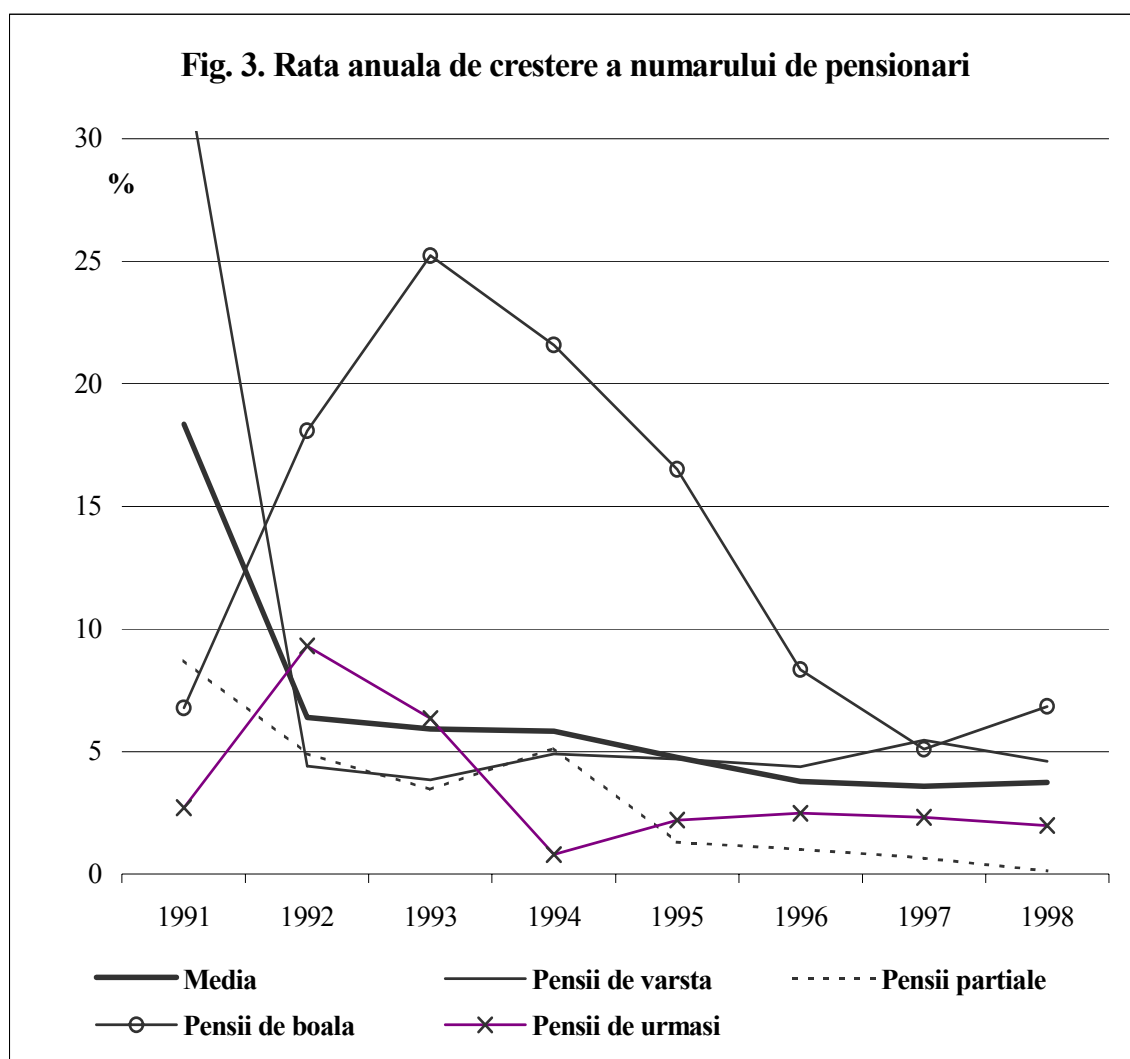
de termen, numeroși salariați, în fața provocărilor unei economii în tranziție, au ales relativa securitate a unei pensionări timpurii.

Fig. 2. Îmbătrânirea populației (mii persoane)

Grupa de vârstă	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
15-60	14 105	14 148	13 909	13 965	14 026	14 076	14 099	14 102	14 095	14 035	14 081
Peste 60	3 633	3 709	3 778	3 843	3 901	3 961	4 009	4 069	4 130	4 148	4 199
Peste 60 / 15-60, %	25.8	26.2	27.2	27.5	27.8	28.1	28.4	26.82	27.83	29.02	30.15

Numărul pensionarilor a crescut rapid după 1990 și, dacă îi includem și pe cei din agricultură, a depășit pe la mijlocul deceniului numărul celor care contribuiau la fondul de pensii. În același timp, numărul contribuabililor s-a micșorat, din cauza căderii economice generale specifice perioadei de tranziție. Accentuarea problemelor fondurilor de pensii se datorează unor tendințe separate (Fig. 3):

- Mulți oameni au profitat de oportunitatea unor reglementări liberale noi și au părăsit forța de muncă, cu *pensii totale sau parțiale* (care, printre altele, arată că România a avut o supra-ocupare a forței de muncă înainte de 1989, când multe persoane, în special femei, erau obligate să muncească); această echilibrare s-a realizat pe deplin la jumătatea anilor 90.
- *Drepturile pentru persoanele cu handicap* au crescut mai rapid decât orice alt tip de pensii, multiplicându-se în fiecare an după 1992. În prezent, rata de creștere este încă de două ori mai mare decât media. Aceste cifre, combinate cu realitatea evidentă, sugerează că există o fraudă masivă în sistem, care generează o sarcină suplimentară asupra fondului de pensii.



Aceste tendințe au împins bugetul asigurărilor sociale (separat de bugetul central din anul 1992) de la un flux monetar puternic pozitiv la o situație dificilă în 1995 (Fig. 4).

Fig. 4. Situația financiară a fondului de pensii

	Venituri (% PIB)	Deficit (% PIB)
1991	7.44	0.41
1992	7.77	1.06
1993	6.59	0.70
1994	5.65	0.10
1995	5.44	-0.23
1996	5.43	-0.17
1997	5.26	-0.02

1998	6.81	-1.01
1999	7.35	-0.25

Guvernul a reacționat prin creșterea ratei de contribuție. Din 1990, rata a crescut mai mult de două ori (de la 17% la 35%). România are acum una din cele mai ridicate rate de contribuție socială în raport cu celelalte economii în tranziție. În orice caz, astfel nu s-a redresat situația, deoarece creșterea impozitării a împins și mai mulți oameni în economia subterană. (Fig. 5).

Fig. 5. Scăderea numărului de contribuabili la fondul de pensii

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Contribuabili (mii)	8 156	7 574	6 888	6 672	6 438	6 160	5 939	5 597	5 200	4 737	4 459	4 505
Contribuabili/ populație vârstă 15 – 60 (%)	57.82	53.53	49.52	47.77	45.90	43.76	42.12	39.69	36.9	33.8	31.7	31.99*

* estimare pe baza datelor demografice din 2000

Singura strategie viabilă de compensare a guvernului, în condițiile în care numărul pensionarilor crește și resursele financiare lipsesc, a fost scăderea valorii pensiilor. Figurile 6 și 7 prezintă pauperizarea absolută a pensionarilor (scăderea valorii reale a pensiei medii) și cea relativă (declinul valorii pensiei medii în comparație cu salariul mediu).

Fig. 6. Gradul de sărăcie absolută

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pensia media reală: % față de 1990	100	77.5	63.7	56.5	55.3	61.2	62.8	49.7	48.5	50.4	46.9	47.3

Fig. 7. Gradul de sărăcie relativă

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Rata de înlocuire (pensia medie / salariu mediu, %)	44.6	45	43.6	45.2	43.2	40.7	38.6	40.3	39.1	35	38.9	42.3

Reforma pensiilor

Discuțiile despre reforma pensiilor au început în 1992, când a fost publicată prima Carte Albă. În orice caz, prima mare revizuire a sistemului a fost adusă de Legea 19/2000, care a intrat în vigoare în aprilie 2001. Legea reformează pensiile de stat – așa numitul pilon unu al proiectatului sistem de pensii. Această componentă presupune a fi completată de pilonul doi - contribuțiile obligatorii la pensii, administrate de fonduri de pensii private, și pilonul al treilea – pensia privată opțională. Introducerea pilonilor doi și trei a întâmpinat opoziții, inclusiv din partea sindicatelor, care vor să aibă un cuvânt de spus în conceperea sistemului. Aceste împotriviri au întârziat trecerea legii prin Parlament. În sfârșit, reforma a fost legiferată prin O.G. 230/2000, emisă în ultimele zile ale cabinetului Isărescu. Ordonanța a fost apoi imediat anulată în prima ședință a noului cabinet Năstase.

Legea pensiilor planifică o creștere a vârstei de pensionare în următorii cinci ani și schimbă metoda de calcul a pensiilor bazată pe venitul obținut în ultimii ani de activitate, înlocuind-o cu o metodă care ia în considerație contribuțiile de-a lungul întregii perioade active de muncă – cu un plafon anual echivalent cu de trei ori valoarea salariului mediu. Aceste modificări ar trebui să asigure creșterea duratei de viață activă a forței de muncă. Totodată, angajații devin interesați să ceară angajatorilor lor să raporteze corect mărimea salariilor obținute, aducând astfel la lumină o parte a economiei informale. O modificare de ultimă oră (Ordonanța de Urgență 49/2001) subliniază această latură prin penalizarea angajaților ai căror angajatori nu își plătesc contribuțiile la fondul de pensii.

Tendențe

Trendul demografic va continua să fie defavorabil sistemului de pensii, dată fiind diminuarea populației active pe măsură ce populația României îmbătrânește. Necunoscuta în această ecuație rămâne numărul angajaților contribuabili. Pe de-o parte, în acest an este anticipată o creștere economică, chiar dacă nu există un consens între diferiții analiști asupra mărimii previzionate a ratei de creștere. Acest fenomen pozitiv nu înseamnă însă neapărat o sporire a locurilor de muncă, deoarece o creștere a producției poate fi pusă pe seama capacităților productive utilizate doar parțial anterior și pe creșterea productivității angajaților existenți. Mai mult, procesul de restructurare economică poate duce la creșterea șomajului. Pe de altă parte, întrebarea cheie este dacă evaziunea fiscală va fi stopată: dacă angajații din economia informală vor fi reintegrați în cea formală și dacă câștigurile salariale ale angajaților vor fi raportate în întregime de angajatori.

Recenta lege a pensiilor oferă stimulentele necesare pentru supraviețuirea sistemului de pensii. Totuși, acesta va avea de înfruntat presiunea crescândă îmbătrânirii populației, și a incertitudinii asupra evoluției numărului de angajați contribuabili – care depinde de dezvoltarea de ansamblu a economiei, dar și de procesul de restructurare industrială, și mai cu seamă de aducerea la lumină a economiei subterane.

Opțiuni politice

Surplusul de eficiență și contribuțiile suplimentare aduse de sistemul fondurilor private vor fi necesare pentru acoperirea riscurilor prezentate anterior. Guvernul ar trebui să găsească o modalitate de înlocuire a sistemului de pensii de stat după modelul propus și mai apoi retras al Ordonanței de Urgență emisă de fosta administrație. Trei direcții de acțiune ar trebui luate în considerare:

- Transferul întregii contribuții obligatorii la fondul public de pensii în sarcina angajatului (diferit de formula actuală de împărțire a contribuțiilor – 1/3 de către angajat și 2/3 de către angajator). Prin aceasta s-ar crește presiunea legală asupra angajatorului să plătească contribuția, îmbunătățind totodată transparența sistemului.
- Managementul privat al fondurilor de pensii. Prin lege se asigură o pensie proporțional mai mare pentru un nivel de contribuție mai mare, dar nu neapărat un nivel ridicat al pensiei. Finanțarea completă a unei pensii private este mult mai profitabilă decât varianta oferită de fondul public de pensii. Mai mult, o pensie privată finanțată în întregime ar reduce dependența politică de sistemul PAYG (valoarea unui punct de pensii este decisă anual de guvern, fiind în consecință imprevizibilă), eliminând astfel dezavantajul major al acestui gen de sistem (Fig. 8).

Fig. 8. O reformă întârziată: sistemul de pensii în România în comparație cu alte țări Central și Est Europene.

Țara	Tipul reformei - sistemului de pensii	Data implementării	Vârsta de pensionare	Nivelul contribuției, %
Croația	Sistem cu trei piloni	1999	65 (bărbați și femei)	25.4
Letonia	Capitalizare virtuală	1995	60 (bărbați și femei)	37
Polonia	Sistem cu trei piloni	1999	65 bărbați/60 femei	19.5
Ungaria	Sistem cu trei piloni	1997	62 (bărbați și femei)	31
România	Sistem PAYG reformat	2001	65 bărbați/60 femei	35

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- *** *Anuar de Statistica Sanitara 1999*, Ministerul Sanatatii, Centrul de Calcul, Statistica Sanitara si Documentatare Medicala, Bucharest, 2000
- *** *Czech Health Statistics Yearbook 1999*, Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague, 2000
- Abel-Smith, Brian, 1992. *Cost Containment and New Priorities in Health Care. A study of the European Community*, Aldershot: Avebury
- Abel-Smith, Brian, 1994. *Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, London and New York: Longman
- Albert A, Bennett C and Bojar M, "Health Care in the Czech Republic: A System in Transition" *Journal of the American Medical Association*, 1992, Vol. 271, No 23.
- Australian Health Insurance Commission (AHIC), 1998. *Romanian Health Sector Financing Study*, Bucharest,
- Barr, Nicholas, 1993. *The Economics of the Welfare State*, second edition, Oxford et al: OUP
- Barr, Nicholas, 1994. ed., *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe*, Oxford et al: OUP
- Barr, Nicholas, *The Economics of the Welfare State*, 2nd edition, Oxford et al.: Oxford UP, 1993
- BASYS, 1997. "REPEDE: Health Care Reform", Bucharest
- Chellaraj G., Adeyi O., Preker A.S. and Goldstein E., *Trends in Health Status, Services and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*, vol. I, II, World Bank Technical Papers, No. 341, 348, World Bank, 1996
- Cohen, Lillian Clare, *A Review of the Pharmaceutical Sector in Romania*, World Bank, 1996
- Cottarelli, Carlo et al, *Hungary: Economic Policies for Sustainable Growth*, Washington DC: IMF, 1998

- Culea, Silviu, 1999. "Îmbătrânind frumos: reforma sistemului de pensii în România", SAR. *Studii asupra politicilor publice*, nr. 13
- Dragomirișteanu, Aurora, Dan Enachescu, Cristian Vlădescu, eds., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în contextul internațional*, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, Bucharest, 2001
- Ensor, T., "Health system reform in former Socialist countries of Europe", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 8, 1993, pp. 169 - 187
- Figueras J, Saltman R and Mossialos E, "Challenges in Evaluating Health Sector Reform: an Overview", LSE Health Discussion Paper No 8, May 1997.
- IBRD, *World Development Indicators 1997*, Washington: IBRD, 1997
- Le Grand J and Bartlett W (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan Press, 1993.
- Lindeman, David; Rutkowski, Michal; Sluchynsky, Oleg 2000. *The Evolution of Pension Systems in Eastern Europe and Central Asia: Opportunities, Constraints, Dilemmas and Emerging Practices*, World Bank paper, Washington
- Massaro Thomas A, Nemec Jiri and Kalman I, "Health System Reform in the Czech Republic", *Journal of the American Medical Association*, June 15, 1994, Vol. 271, No 23.
- McKee M, Bobak M, Kalina K, Bojan F and Enachescu D, "Health Sector Reform in the Czech Republic, Hungary and Romania", *Croatian Medical Journal*, 35(4), 1994.
- Mullen, Fiona, "Czech healthcare reforms since 1992: How successful have they been in achieving efficiency, responsiveness, choice and equity?", studiu nepublicat, LSE, 1998
- NERA (National Economic Research Associates) and Pharmaceutical Partners for Better Healthcare, "The Health Care System in the Czech Republic", 1996

- NERA, "Initial Thoughts on a Pharmaceutical Reimbursement Policy for Romania", London, 1998
- NERA, "The Health Care System in Romania", 1998
- OECD, 1988. *Reforming Public Pensions*, Social Policy Studies No 5, OECD
- OECD, 1997. *The World in 2020. Towards a new global age*, OECD
- OECD, 1999. *A Caring World. The new social policy agenda*, OECD
- OECD, *New Directions in Health Care Policy*, OECD Policy studies No 7, 1995.
- OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD Policy Studies No 5, 1995.
- Oreskovic S, "The Results of the Health Care System Revolution in the former Socialist Countries in Europe", 9th International Conference, International Association of Health Policy, Thessaloniki, September 1995.
- Parker, J. E. S., *The International Diffusion of Pharmaceuticals*, London and Basingstoke: Macmillan, 1984
- Paveliu, Sorin, *Politica Medicamentului*, Bucuresti: Infomedica, 1999
- Preker AS, Feachem R, *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No 293, 1995.
- Preker S. Alexander, and Richard G. A. Feachem, "Health and Health Care" in Barr, Nicholas, ed., *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe*, IBRD, New York et al.: Oxford UP, 1994
- Saltman, Richard B. and Josep Figueras, editors, *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997
- Vladescu, Cristian, ed., *Managementul Serviciilor de Sănătate*, Bucharest: Expert, 2000
- Vladescu, Cristian, *Politica de Reforma a Sistemului de Sănătate din Romania. O analiza critica*, Bucuresti: Infomedica, 1999
- von Bredow L, "The Reform of Health Care in the Czech Republic", *Eurohealth*, October 1995.

World Health Organization European Regional Office, *Health in Europe*, on-line version

World Health Organization, *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary*, Copenhagen, 1996

Zamfir, Elena et al. 1995. ed., *Politici sociale – România în context european*

Zammit-Lucia J. and Dasgupta R., “Reference Pricing: The European Experience”, Health Policy Review Paper 10, Imperial College of Science and St. Mary’s Hospital, UK, 1996