



# **Raport privind implicarea actorilor din cadrul relațiilor industriale la nivel național și organizațional în facilitarea politicilor de revenire la muncă și identificarea celor mai bune practici**

**„Negocierea revenirii la muncă după boli cronice în contextul schimbărilor  
demografice prin relații industriale (REWIR)”**

**Proiect Nr. VS/2019/0075**

**Livrabil 3.1**

A.E. Popa, F. Morândău, R.I. Popa, M.S. Rusu



## Cuprins

Lista Figurilor și Tabelor din Raport .....	3
Tabele .....	3
Lista Abrevierilor .....	4
1 Introducere .....	5
1.1 Indicatorii Pieței Muncii.....	5
1.2 Cheltuielile de sănătate și incidența bolilor cronice .....	7
1.2 Dialogul social în România .....	10
1.4 Designul cercetării și metodologia.....	10
2 Cadrul legislativ privind revenirea la muncă în România .....	16
2.1. Sistemul de boală și invaliditate din România .....	16
2.2.Legislația privind revenirea la muncă în România .....	18
3 Implicarea partenerilor sociali în elaborarea politicilor de revenire la muncă la nivel național.....	21
3.1 Rolul actorilor și stakeholderilor în politicile de revenire la muncă .....	21
3.2 Opiniile și nivelul de implicare al actorilor din cadrul relațiilor industriale în politicile de revenire la muncă .....	23
Percepțiile partenerilor sociali asupra politicilor de revenire la muncă la nivelul UE .....	23
Percepțiile partenerilor sociali asupra politicilor naționale de revenire la muncă .....	23
Percepțiile partenerilor sociali asupra rolului relațiilor industriale de la nivel național în revenirea la locul de muncă .....	25
3.3 Natura interacțiunilor dintre actorii din cadrul relațiilor industriale și alți stakeholderi în politicile de revenire la muncă .....	25
3.4 Rezultatele dialogului social cu privire la politicile de revenire la muncă (la nivel național și, dacă este relevant, dialog social sectorial / regional) .....	26
3.5 Puncte de vedere asupra potențialului de acțiune la revenirea la muncă și la contribuția actorilor din cadrul relațiilor relațiile industriale .....	26
4 Procesul de revenire la muncă la nivel de companie și implicarea partenerilor sociali.....	29
4.1 Experiențele angajaților cu privire la revenirea la muncă în companie .....	29
4.2 Perspective asupra rolului RU, al superiorilor ierarhici și al altor actori relevanți din companie în procesul de revenire la muncă .....	31
4.3 Rolul interacțiunilor dintre angajatori și angajați în facilitarea revenirii la muncă.....	34
4.4 Experiența legată de bunele practici în facilitarea revenirii la muncă la nivel de companie.....	38
4.5 Opinii cu privire la potențialul dialogului social pentru a sprijini crearea și implementarea politicilor de revenire la muncă la nivel de companie .....	39
5 Concluzii .....	43
Referințe bibliografice.....	45

## Lista Figurilor și Tablelor din Raport

Figura 1. Prezentare generală a pieței muncii .....	6
Figura 2. Ratele externării din spital pentru pacienții internați cu boli ale sistemului circulator (2017) .....	8
Figura 3. Adaptările oferite angajaților atunci când au revenit la muncă(Q47) .....	30
Figura 4. Percepțiile angajaților cu privire la rolul pe care diferiți actori l-au avut pentru a le ușura revenirea în muncă după concediul medical(Q48) .....	31
Figura 5. Percepțiile consecințelor absenței unui angajat asupra organizației (Q12) .....	32
Figura 6. Experiențele angajaților cu privire la procesul de revenire la muncă (Q44) .....	35
Figura 7. Disponibilitatea procedurilor de revenire la muncă la nivel de companie (Q20) .....	36
Figura 8. Sprijinul oferit de companie angajatului care revine la muncă (acord și acord total-nr. de răspunsuri) (Q16) .....	37
Figura 9. Opiniile angajaților despre rolul sindicatelor și a dialogului acestora cu angajatorii în facilitarea revenirii la muncă (Q49).....	39
Figura 10. Rezultate benefice percepute din interacțiunea cu sindicatele/reprezentanții angajaților la întoarcerea la muncă (Q28).....	40
Figura 11. Sprijinul perceput oferit de legislație organizațiilor în gestionarea revenirii la muncă după boli cronice(Q29) .....	41

## Tabele

Tabelul 1. Boli cronice înregistrate raportate de medicii de familie în 2017 .....	7
Tabelul 2. Cauze ale morții – boli ale sistemului circulator (2016) .....	9
Tabelul 3. Cheltuieli totale ale administrației publice după funcție în UE și România (2016) (ca% din PIB) .....	10
Tabelul 4. Prezentare generală a eșantionului și identificarea respondenților – România .....	11
Tabelul 5. Prezentare generală a eșantionului și identificarea respondenților - chestionar REWIR adresat angajaților din România .....	12
Tabelul 6. Structura partenerilor sociali, datele chestionarului din România colectate în cadrul proiectului REWIR. ....	13
Tabelul 7. Structura companiilor, datele chestionarului din Romania colectate in cadrul proiectului .....	13
Tabelul 8. Cadrul legislativ pentru concediul medical și invaliditate în România .....	16
Tabelul 9. Cadrul legislativ pentru revenire la muncă în România.....	18
Tabelul 10. Atitudinile angajatorilor față de angajații cu boli cronice (Q17) (în procente) .....	33

## Lista Abrevierilor

ECE – Europa Centrală și de Est

RU – Resurse Umane

FNPP – Fondul Național Public de Pensii

CASS – Casa Națională de Asigurări de Sănătate

REWIR – titlul proiectului „Negocierea Revenirii la Muncă în Era Schimbărilor Demografice prin Relațiile Industriale”

RLM – Revenirea la muncă

# 1 Introducere

Îmbătrânirea populației reprezintă o dezvoltare demografică care are potențialul de a avea un impact asupra piețelor forței de muncă din toate statele membre ale Uniunii Europene, precum și de a contesta sustenabilitatea atât a statelor bunăstării, cât și a sistemelor de sănătate. Proiectul de cercetare „Negocierea revenirii la muncă în era schimbărilor demografice prin relații industriale” (REWIR) își propune să examineze rolul relațiilor industriale (adică, sistemul complex de interrelaționări între angajatori și angajați, sindicate, organizații patronale și autoritățile de stat) în facilitarea revenirii la muncă (RLM) a persoanelor afectate de boli cronice. Prin boli cronice ne referim la boli de lungă durată și cu o progresie lentă care nu sunt contagioase și care pot fi clasificate în șase grupuri majore: boli cardiovasculare, cancere, diabet, boli respiratorii cronice, boli musculo-scheletale și afecțiuni mintale.

În acest context de transformare demografică, proiectul REWIR își propune să înțeleagă modul în care diferitele sisteme de relații industriale din țările europene modelează politicile de RLM și influențează punerea lor în aplicare. Mai precis, proiectul REWIR se sprijină pe o serie de șase întrebări majore de cercetare: (1) Cum promovează partenerii sociali relevanți la nivelul UE o Europă mai sănătoasă, precum și o îmbătrânire activă și sănătoasă? (2) Care este rolul jucat de sindicatele și asociațiile patronale în anumite contexte naționale în ceea ce privește punerea în aplicare a politicilor RLM? (3) Care sunt oportunitățile stakeholderilor în procesul de RLM (sindicate, asociații patronale, guverne etc.) de a elabora, prin dezbateri și negociere, modalități mai bune de a facilita revenirea la locul de muncă a persoanelor afectate de boli cronice? (4) Cum ar putea interacțiunile dintre angajatori și reprezentanții angajaților să îmbunătățească situația persoanelor afectate de boli cronice prin informare, consultare și codeterminare? (5) Cum percep angajații afectați de RLM după ce au suferit boli cronice rolul partenerilor sociali în sprijinirea prevenirii riscului de marginalizare, discriminare și sărăcie? (6) În ultimul rând, în contextul agendei Europa 2020 a Comisiei Europene, cum ajută rolul relațiilor industriale la (re)definirea conceptelor de „echitate intergenerațională”, „implicare mai lungă pe piața muncii”, „performanță la locul de muncă”, „prezență la locul de muncă” și „a fi apt de muncă”?

Proiectul REWIR cuprinde o analiză comparativă a interacțiunii dintre sistemele de relații industriale și politicile de revenire la muncă în mai multe țări europene, grupate în patru clustere în ce privește politicile lor privind RLM: (1) țări cu o abordare comprehensivă (Austria, Danemarca, Finlanda, Germania, Olanda, Norvegia și Suedia); (2) țări caracterizate printr-o abordare etapizată (Belgia, Franța, Islanda, Italia, Luxemburg, Elveția și Marea Britanie); (3) țări cu abordări ad-hoc (Bulgaria, Estonia, Ungaria, Irlanda, Lituania, Portugalia, România și Spania); și (4) țări cu abordări limitate cu privire la RLM (Cehia, Grecia, Croația, Cipru, Letonia, Malta, Polonia, Slovenia și Slovacia). În acest document, raportăm situația și constatările referitoare la România, o țară clasificată ca având o abordare ad-hoc a politicilor privind RLM și reabilitarea după afecțiuni cronice.

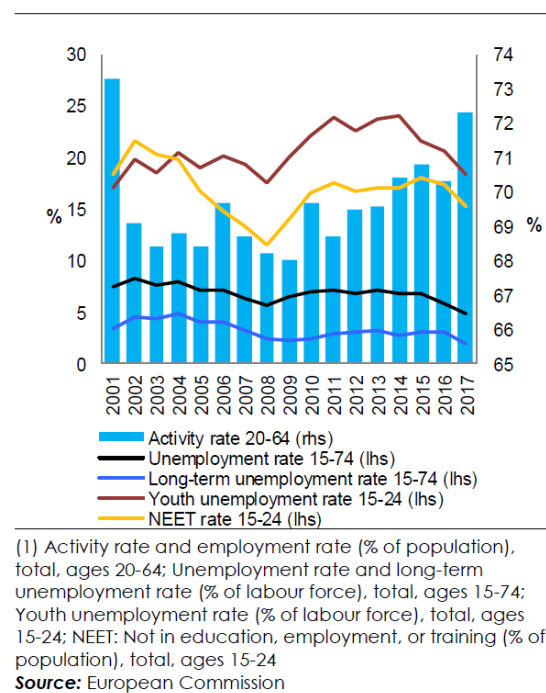
## 1.1 Indicatorii Pieței Muncii

România a cunoscut una dintre cele mai dure tranziții la democrație după schimbarea regimului din 1989. Transformarea post-socialistă a țării a implicat o restructurare masivă a sectorului de producție lucru alimentat de dezindustrializarea pe scară largă și de privatizarea întreprinderilor deținute anterior de stat. Deși condițiile pieței muncii au continuat să se îmbunătățească în ultimii ani, România încă se confruntă și în prezent cu provocări. Potrivit datelor longitudinale ale Eurostat, procentul persoanelor angajate pe piața muncii (ocupate) cu vârste cuprinse între 20 și 64 de ani a luat o formă de U în ultimele două decenii, cu un punct de cotitură în urma crizei financiare din 2007-

08. După ce a atins cea mai scăzută rată de ocupare în 2011 (63,8% din populația cu vârste cuprinse între 20 și 64 de ani), în anii următori procentul a crescut încet, dar constant până când rata de ocupare a atins 70,9% în 2019. În ciuda acestei tendințe ascendente, România este încă puțin sub rata medie a ocupării forței de muncă calculată pentru cele 27 de țări ale Uniunii Europene, care în 2019 se ridică la 73,1%. Mai mulți indicatori descriu situația pieței muncii din România (European Commission, 2019):

- Rata populației active a fost de 72,3% în 2017, o creștere față de nivelul dinaintea crizei (Rata populației active este procentul populației cu vârstă de muncă din populația totală a țării).
- Rata de ocupare a crescut, ajungând la 65,5% în 2017 (rata de ocupare este procentul populației angajate în rândul populației cu vârstă de muncă).
- Rata șomajului a fost la cel mai scăzut nivel în decembrie 2018 (3,8%).
- Rata șomajului pe termen lung (a fi șomer mai mult de 12 luni) a scăzut, de asemenea, și a fost scăzută în comparație cu alte țări europene - 1,6% în 2019 (Eurostat/Trading Economics, 2019) Cu toate acestea, o bună parte dintre oamenii din această categorie au rămas șomeri (73,2%) sau au devenit inactivi (13,2%).
- Ratele de participare sunt scăzute pentru mai multe categorii, inclusiv pentru persoanele cu dizabilități.
- Există foarte puține politici active pe piața muncii în vigoare; iar acestea nu sunt sensibile la nevoile individuale sau la îmbunătățirea competențelor angajaților care intenționează să reia munca.

**Figura 1. Prezentare generală a pieței muncii**



Sursă: "Raport de Țară România 2019" (European Commission, 2019)

Legendă:

Rata populației active 20-64 ani (% din populație)

Rata șomajului 15-74 ani (% din forța de muncă)

Rata șomajului pe termen lung 15-17 ani (% din forța de muncă)

Rata șomajului la tineri 15-24 ani (lhs) (% din forța de muncă)

Rata NEET 15-24 ani adică a celor care nu sunt într-o formă de învățământ sau pregătire și nu au serviciu (% din populație)

## 1.2 Cheltuielile de sănătate și incidența bolilor cronice

Sistemul de sănătate din România se bazează pe asigurările sociale de sănătate plătite de populația ocupată din salarii (din 2017). Statul plătește contribuții pentru mai multe categorii sociale (șomeri, pensionari cu venituri reduse la pensionare, persoane care beneficiază de prestații sociale), iar acoperirea pentru alte categorii (copii și studenți sub 26 de ani, femei însărcinate și persoane cu dizabilități și boli cronice) este susținută din contribuțiile persoanelor angajate. În ciuda politicilor neoliberale implementate în sistemul de sănătate în ultimul deceniu, sistemul rămâne centralizat, deoarece statul continuă să joace un rol major în colectarea și distribuirea banilor. Indicele European al Consumatorului de Sănătate situează România pe penultimul loc (locul 34) dintre țările din Europa, cunoscând deficiențe de lungă durată în gestionarea sectorului public de asistență medicală și costul mai ridicat al îngrijirilor în spital decât al îngrijirilor în ambulatoriu. România are, de asemenea, probleme cu câțiva indicatori importanți de sănătate (decese la sugari, supraviețuire în caz de cancer, decese înainte de 65 de ani), gama și acoperirea serviciilor oferite și prevenirea bolilor (Björnberg and Phang, 2019). Sistemul de sănătate este cronic subfinanțat.

În România, nu există date de încredere privind sănătatea publică referitoare la incidența înregistrată a bolilor cronice care să poată fi accesate cu ușurință. Date fragmentate pot fi găsite în diverse resurse, dar cu multe limitări în ceea ce privește accesul, calitatea datelor și sursa care le-a furnizat. Principala cauză a morbidității și mortalității în România o reprezintă categoria bolilor cardiovasculare (cardiopatie ischemică și incidente cerebrovasculare). Rata mortalității din cauza bolii cardiace ischemice este de trei ori mai mare decât media UE (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies). Cancerul este a doua cauză de morbiditate și mortalitate, cancerul pulmonar fiind cea mai frecventă cauză de deces din această categorie. Aproximativ 46% dintre persoanele de peste 65 de ani suferă de cel puțin o boală cronică. Femeile sunt mai afectate decât bărbații.

Câteva informații cu privire la bolile cronice sunt disponibile din rapoartele făcute de medicii de familie, cărora li se cere legal să colecteze și să înregistreze date referitoare la bolile cronice care afectează pacienții care trebuie să se opereze. Cu toate acestea, studiile au arătat că doar aproximativ 80% din numărul total de medici de familie raportează date cu privire la bolile cronice, ceea ce înseamnă că statisticile detaliate mai jos sunt considerabil subraportate.

**Tabelul 1. Boli cronice înregistrate raportate de medicii de familie în 2017**

Boala Cronică	Prevalența oamenilor cu boli cronice per 100,000 de locuitori	Nr. absolut al bolilor cronice înregistrate
Hipertensiune arterială (tensiune mare)(	12,725.0	2,507,653
Boală cardiacă ischemică (boală coronariană)	5,966.8	1,175,858
Diabet zaharat	4,012.3	790,676
Boala pulmonară obstructivă cronică	2,082.7	410,429
Boli cerebrovasculare	1,717.1	338,372
Ulcer peptic	1,526.0	300,727
Calculi renali	864.9	64,859
Probleme mintale	2,278.6	-

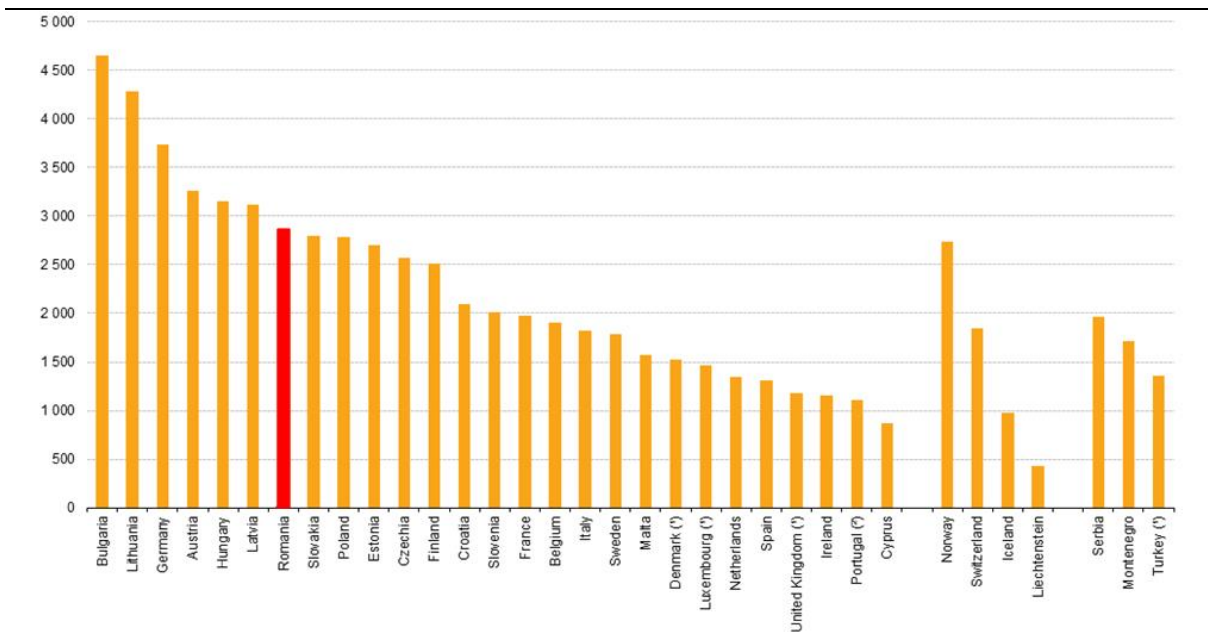
Sursa: Ministerul Sănătății (2017).

În ceea ce privește bolile musculo-scheletice (BMS), se estimează că peste 600.000 de români (mai mult de 3% din populația țării) suferă de o formă sau alta de afecțiune reumatică. Deși aceste

afecțiuni reumatice și musculo-scheletale sunt în general boli ale vârstei înaintate, statisticile arată că populația activă este, de asemenea, afectată semnificativ. Prin urmare, pe lângă presiunea exercitată asupra sistemului de sănătate, BMS au un impact socioeconomic important atât pe piața muncii, cât și asupra statului bunăstării. În acest sens, un raport a arătat că mai mult de jumătate din absenteismul la locul de muncă și aproximativ 60% din incapacitatea permanentă de muncă sunt cauzate de BMS în România (Dorobantu, 2018).

Un alt indicator relevant, deși indirect, al prevalenței bolilor cronice în România este dat de ratele de externare din spital. Figura 2 de mai jos detaliază ratele de externare pentru pacienții internați cu boli ale sistemului circulator, care se numără printre cele mai răspândite boli cronice din România. Așa cum se arată în Figura 2, România se situează printre țările UE caracterizate prin rate ridicate de externare (2.870 la 100.000 de locuitori), ceea ce indică faptul că există mai mulți români, în comparație cu media UE, care suferă și primesc tratament pentru bolile circulatorii.

**Figura 2. Ratele externării din spital pentru pacienții internați cu boli ale sistemului circulator (2017)**



Sursa: Eurostat (cod online: hlth\_co\_disch2).

România are, de asemenea, cea de-a doua cea mai mare rată de mortalitate standardizată din cauza bolilor sistemului circulator din UE (898,9 la 100.000 de locuitori). În comparație cu țările cel mai puțin afectate de boli circulatorii (de exemplu, Franța, Spania, Norvegia), România are o rată de mortalitate standardizată de patru ori mai mare, atât pentru populația activă, cât și pentru persoanele cu vârsta peste 65 de ani. În comparație cu media UE, în România rata standardizată a mortalității din cauza bolilor care afectează sistemul circulator este de aproximativ 2,5 ori mai mare (vezi Tabelul 2).



**Tabelul 2. Cauze ale morții – boli ale sistemului circulator (2016)**

Țara	Număr de decese (nr.)	Rate de mortalitate standardizate		
		Total	Persoane peste 65 ani (per 100,000 locuitori)	Persoane sub 65 de ani
Bulgaria	70,509	1,094.9	166.3	4,928.3
<b>România</b>	<b>148,619</b>	<b>898.9</b>	<b>114.4</b>	<b>4,137.7</b>
Letonia	15,876	848.5	139.2	3,776.5
Lituania	23,056	845.7	122.7	3,830.4
Ungaria	62,727	737.5	103.9	3,353.2
Estonia	8,019	643.0	83.0	2,954.7
Croația	23,221	630.7	64.7	2,967.3
Slovacia	23,038	620.2	80.8	2,846.9
Cehia	47,700	569.9	57.9	2,683.7
Polonia	168,280	552.7	76.1	2,520.1
Slovenia	7,952	431.7	32.4	2,080.0
Austria	33,370	397.4	30.7	1,911.2
Germania	339,887	381.1	37.8	1,798.6
Finlanda	19,687	360.2	40.6	1,679.4
<b>UE-28</b>	<b>1,832,835</b>	<b>358.3</b>	<b>43.9</b>	<b>1,656.4</b>
Liechtenstein	97	353.4	24.3	1,711.6
Grecia	43,917	351.5	50.6	1,593.7
Malta	1,209	332.7	33.6	1,567.8
Cipru	1,802	331.6	36.1	1,551.4
Suedia	31,674	318.6	27.8	1,518.9
Islanda	737	315.1	18.5	1,539.6
Irlanda	9,218	309.0	31.5	1,454.6
Luxemburg	1,263	298.2	24.2	1,429.1
Portugalia	32,685	296.7	32.9	1,385.9
Italia	220,749	296.2	25.1	1,415.3
Belgia	30,175	268.8	29.1	1,258.6
Olanda	38,954	264.4	24.6	1,254.1
Elveția	20,908	263.0	20.6	1,263.9
Regatul Unit	153,888	253.3	37.4	1,144.6
Danemarca	12,569	248.3	28.4	1,155.9
Norvegia	11,027	247.5	21.6	1,180.1
Spania	118,824	237.3	27.1	1,105.2
Franța	143,967	197.2	24.1	912.1

Sursa: Eurostat (cod online: hlth\_cd\_aro and hlth\_cd\_asdr2).

În ceea ce privește cheltuielile de sănătate, deși acestea au crescut constant în ultimii ani, România se află încă pe ultimul loc printre statele membre ale Uniunii Europene. În timp ce cheltuielile medii cu sănătatea ca procent din produsul intern brut (PIB) în Uniunea Europeană sunt de 9,8%, în 2017 România a alocat doar 5% din PIB-ul țării sistemului de sănătate (și 4,0% în 2016). Decalajul dintre România și indicatorul mediu la nivelul UE crește atunci când comparăm cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor, ajustate de paritatea puterii de cumpărare (PPP). În acest sens, România cheltuiește 1.029 euro pe PPP pe cap de locuitor, semnificativ mai puțin decât 2.884 euro în Uniunea Europeană în 2017(OECD/European Observatory on Health Systems and Policies). În ceea ce privește proporția din cheltuielile publice totale, cheltuielile publice pentru sănătate în România au fost cu 11,9%, mai mici decât pentru serviciile publice generale (13,0%), afaceri economice (13,3%) și puțin mai mult decât pentru educație (10,8%)

**Tabelul 3. Cheltuieli totale ale administrației publice după funcție în UE și România (2016) (ca% din PIB)**

Domeniu	Media UE	România
Sănătate	7.1	4.0
Protecție socială	19.1	11.6
Boală și dizabilitate	2.7	1.1
Bătrânețe	10.2	8.4
Supraviețuitori	1.3	0.1
Familie și copii	1.7	1.4
Șomaj	1.3	0.1
Altele	1.7	0.5

Sursa: Eurostat, „Cheltuieli publice generale în UE în 2016”.

Cea mai mare parte din cheltuielile guvernamentale ale României s-au îndreptat către protecția socială (34,2%), comparativ cu media UE de 41,2%. În ceea ce privește ponderea PIB-ului țării, cheltuielile guvernamentale pentru protecția socială au reprezentat 11,6% în 2016, ceea ce înseamnă aproape jumătate din media UE de 19%. După cum este detaliat în Tabelul 3, cheltuielile publice pentru boală și invaliditate în România sunt de aproape trei ori mai mici decât media UE (1,1% din PIB în România, comparativ cu 2,7% din PIB în statele membre ale UE).

## 1.2 Dialogul social în România

Tipul sistemului de relații industriale din România este unul neoliberal și descentralizat specific Europei Centrale și de Est (CEE) (Bechter, Brandl, și Meardi, 2012; Bohle și Greskovits, 2012). În mod tradițional, România avea o mișcare sindicală puternică și un sistem coordonat de negocieri colective până la reforma legislației privind dialogul social din 2011. Această legislație a schimbat modul în care s-au înființat sindicatele și modul în care acestea funcționau. Rezultatul a fost o scădere a negocierilor colective de la 100% (în 2010) la aproximativ 35% în prezent (Stoiciu, 2016). Alte surse susțin această cifră de 36% din acoperirea negocierilor colective (European Trade Union Institute, 2020). Conform aceleiași surse de date, proporția apartenenței angajaților la sindicatele din România este de 33%, dar cifrele variază în funcție de sursa datelor. În prezent, dialogul social în România este slab și în mare măsură ineficient, deoarece responsabilitatea pentru negocieri este plasată la nivelul companiei, iar actorii din companii nu și-au asumat pe deplin rolul. Dintre toate problemele abordate de sindicate, influența lor asupra problemelor de sănătate este scăzută, iar problemele legate de RLM sunt de obicei rezolvate prin decizii și în moduri ad-hoc.

## 1.4 Designul cercetării și metodologia

Acest raport de țară se concentrează pe România și se sprijină pe un cadru metodologic care se bazează pe un proces mixt de colectare a datelor, de la chestionare la interviuri individuale față în față, interviuri de grup și ateliere cu stakeholderii relevanți și analize ale documentelor.

Au fost efectuate trei chestionare online, fiecare adresându-se unui anumit grup țintă care împreună acoperă întregul spectru de relații industriale: manageri și angajatori, angajați și parteneri sociali (Tabelul 4). Detalii cu privire la cele trei chestionare online sunt furnizate în tabelele 5-7 de mai jos.

**Tabelul 4. Prezentare generală a eșantionului și identificarea respondenților – România**

<b>Chestionar și grupul țintă</b>	<b>Număr total de răspunsuri</b>	<b>Număr de răspunsuri relevante</b>
Chestionarul pentru angajați	127	40
Chestionarul pentru partenerii sociali	7	6
Chestionarul pentru manageri	44	35

Sursa: elaborare proprie

Notă: Numărul total de răspunsuri se referă la cantitatea totală de date din România, în perioada de colectare a datelor. Numărul de răspunsuri relevante se referă la numărul de chestionare completate din partea partenerilor sociali și chestionarele pentru companii. Pentru chestionarele adresate angajaților, numărul cazurilor relevante se referă la răspunsurile în care respondentul a selectat „Da” la întrebarea 6 - Ați experimentat o boală cronică în viața dvs. profesională?

Chestionarele pentru angajați (Tabelul 5) au adunat experiențele angajaților români care au suferit o perioadă de absență de la muncă din cauza bolilor cronice. Chestionarul a inclus întrebări în limba română și a fost postat online pe site-ul [salarulmeu.ro](https://salarulmeu.ro), care face parte din WageIndicator.org (<https://salarulmeu.ro/drepturile-tale/munca-si-boli/reveniti-la-munca-dupa-concediu-medical>).

Structura ocupațională a angajaților cuprinde cele cinci categorii cu cel mai mare număr de răspunsuri: profesioniști din domeniul juridic, social și cultural și profesioniști asociați (patru); profesioniști din domeniul sănătății (patru); profesioniști asociați în afaceri și administrație (patru); manageri de producție și servicii specializate (patru); și altele (șapte). O altă categorie, funcționarii din serviciile pentru clienți, avea trei răspunsuri. Următoarele ocupații au avut două răspunsuri fiecare: profesioniștii didactici și operatorii staționari de instalații și mașini. Categoria „altele” a avut un singur răspuns.

**Tabelul 5. Prezentare generală a eșantionului și identificarea respondenților - chestionar REWIR adresat angajaților din România**

Chestionarele pentru angajați- structura răspunsurilor	Răspunsuri (în procente dacă nu se precizează altceva)
Sex (Q1)	
Bărbați	9
Femei	31
Media vârstei în ani (Q3)	49.8 ani
Media duratei de angajare în ani (Q4)	27.8 ani
Nivel de instrucție (Q2)	
Slab calificați (până la gimnaziu inclusiv)	1
Mediu calificați (până la profesională inclusiv)	5
Înalt calificați (până la studii superioare inclusiv)	32
Altele	2
Tipul organizației în care respondentul a lucrat înainte de diagnostic /tratament (Q14a, 14b + Q32a, 32b)	
Națională (cu proprietar din țară)	27
Străină (cu proprietar din străinătate)	9
Nu știu	5
Sectorul privat	15
Sectorul public	24
Nu știu	1
Apartenență la sindicat (Q9 + Q27)	
Da	14
Nu	26
Existența sindicatului la locul de muncă (Q11 + Q29)	
Da	21
Nu	19
Tipul de muncă (Q16 + Q34)	
Intelectuală	31
Manuală	2
În interior	17
În exterior	3
Activitate fizică intensă	9
Stres emoțional intens	18
Mărimea companiei (Q13 + Q31)	
Sub 20	1
20 - 50	10
50 - 500	11
500 - 1000	9
Peste 1000	9
În prezent în concediu medical (Q17)	
Da	2
Nu	2
Trei dintre cele mai frecvent raportate boli (Q7 + Q25)	
1.	Cancer (23)
2.	Boli cardiovasculare(7)
3.	Boli musculo-scheletale (4)

Sursă: elaborare proprie

Notă: mărimea eșantionului = 40 (nr. respondenților din România).

**Tabelul 6. Structura partenerilor sociali, datele chestionarului din România colectate în cadrul proiectului REWIR.**

Structura răspunsurilor	Răspunsuri
Tipul organizației (Q2)	
Asociații patronale	3
Sindicate	4
Altele	0
Nivelul de implicare în dialogul social (Q4)	
Național	4
Sub național (teritorial)	1
Sectorial	2
Două dintre cele mai des raportate sectoare reprezentate (Q5)	
1.	Producție(2)
2.	Neraportate (5)

Sursa: elaborare proprie

Notă: mărimea eșantionului= 7 (nr. total de respondenți din România); doar 6 răspunsuri au fost relevante.

Chestionarul online adresat partenerilor sociali a fost realizat pentru a colecta informații și experiențe atât din partea asociațiilor angajatorilor, cât și din partea sindicatelor. Echipa de cercetare din România a fost responsabilă de colectarea datelor pentru patru țări: România, Bulgaria, Croația și Slovenia (a se vedea în Tabelul 6 detalii despre chestionarul din România). Chestionarul a avut întrebări în limba engleză și a fost realizat prin Survey Monkey (<https://www.surveymonkey.com/r/K67LMG7>) Echipa a identificat o listă de contacte relevante ale sindicatelor și asociațiilor patronale din cele patru țări, care a fost utilizată pentru distribuirea chestionarului prin e-mail. Lista a fost revizuită și actualizată în mod repetat în ultimele luni pentru a primi mai multe răspunsuri. Principala limitare în obținerea numărului necesar de răspunsuri a fost limba chestionarului (limba engleză).

**Tabelul 7. Structura companiilor, datele chestionarului din Romania colectate in cadrul proiectului .**

Structura răspunsurilor	Răspunsuri
Tipul de proprietate (Q4)	
Națională (cu proprietar din țară)	35
Străină	9
Mărimea companiei (Q2)	
1-9	7
10-49	10
50-249	18
Peste 250	9
Tipurile predominante de angajați(Q7)	
1.	Personal administrativ/secretariat (14)
2.	Specialiști înalt calificați(13)
3.	Muncitori manuali cu calificare redusă (6)
Trei dintre cele mai des raportate sectoare economice reprezentate (Q6)	
1.	Administrație publică(11)
2.	Asistență medicală, servicii de îngrijire (6)
3.	Producție (4)
Prezența sindicatului sau a altor forme sau reprezentare ale angajaților (Q22)	
Da	22
Nu	8
NR	14

Sursa: elaborare proprie

Notă: mărimea eșantionului=44 (nr. total respondenți din România); 35 de răspunsuri au fost relevante (valide).

Chestionarul pentru manageri (Tabelul 7) a vizat colectarea datelor referitoare la modul în care angajatorii români gestionează procesul de gestionare a unui angajat afectat de boli cronice și revenirea acestuia la muncă. Chestionarul a inclus întrebări în limba română și a fost realizat prin Survey Monkey (<https://www.surveymonkey.com/r/YT2PNP3?lang=ro>). Echipa avea deja o bază de date de contacte dintr-un proiect anterior, care a fost extins cu angajatori din alte orașe și din alte sectoare.

Pe lângă colectarea datelor cantitative prin chestionar, echipa de cercetare a folosit și cercetarea de birou pentru a analiza politicile pentru RLM în România și a efectuat cercetări calitative în trei moduri: (1) o masă rotundă organizată în iulie 2019; (2) două focus grupuri, organizate în ianuarie 2020, unul cu angajatori și celălalt cu reprezentanți ai sindicatelor; și (3) interviuri semi-structurate individuale stakeholderii naționali relevanți. Combinate cu datele cantitative colectate prin chestionare online, aceste abordări calitative constând în interviuri individuale și de grup și discuții în cadrul unui workshop ne-au permis să adunăm o gamă largă de informații cu privire la multiplele fațete ale gestionării reîntoarcerii la muncă după ce angajații au suferit boli cronice. Vom detalia aceste metode mai jos.

Cercetarea de birou (analiza documentelor) a fost utilizată pentru a efectua o analiză detaliată a politicilor naționale privind absența cauzată de boli cronice și a politicilor de revenire la locul de muncă (prevederi legale, actori implicați, puncte tari și puncte slabe ale cadrului politic actual). Rezultatele sunt prezentate în secțiunea 2 a prezentului raport.

Masa rotundă a avut loc pe 7 iunie 2019 cu 19 participanți (15 stakeholderi și 4 membri ai personalului de la Universitatea Lucian Blaga din Sibiu - ULBS). După o scurtă prezentare a proiectului (obiective, întrebări de cercetare, metode, stakeholderi), a fost organizată o discuție pe baza unui ghid de întrebări, orientată pe tema proiectului. Participanții la masa rotundă din România au reprezentat următoarele instituții publice, sindicate și companii private:

- Ministerul Muncii, Agenția pentru Prestații Sociale, Asistență Socială, Serviciul pentru Incluziune Socială
- Ministerul Muncii; Inspectoratul Teritorial de Muncă
- Asociații ce au ca scop sprijinirea cancerului (2)
- Patronatul angajatorilor (reprezentant local)
- Federația SANITAS (sănătate)
- Reprezentant sindical ULBS
- Sindicatul unei companii, industria auto (doi reprezentanți)
- Angajator, industria auto
- Angajator, componente electronice
- Angajator, sisteme automate (industrie) (doi reprezentanți, managerul local și directorul de RU)
- Angajator, construcții (director RU)

Două focus-grupuri au fost organizate în ianuarie 2020: (1) primul pe 14 ianuarie 2020, cu 13 participanți (11 angajatori și 2 angajați ULBS); participanții au venit de la companii din Sibiu și zona înconjurătoare, 9 companii private și 2 publice. Domeniile lor de activitate sunt în sectoarele auto, construcții, energie, dispozitive electrice, cultură și facilități publice și sunt organizații de diferite dimensiuni; (2) al doilea focus grup a fost organizat la 15 ianuarie 2020, cu 8 participanți (7 reprezentanți ai sindicatelor la nivel de companie). Participanții au reprezentat sindicatele din diferite organizații situate în regiunile Sibiu și Mureș, 3 private și 4 publice, care sunt diferite în ceea ce privește dimensiunea. Aceștia lucrează în servicii și facilități publice, probleme sociale, educație, sectorul auto,

industrie, energie și electronică. Discuțiile din ambele focus grupuri au fost ghidate de întrebări care au fost convenite în consorțiu, explorând experiențele participanților care au cazuri de angajați afectați de boli cronice și modul în care procesul de revenire la locul de muncă este în prezent și ar putea fi facilitat de managementul organizațional.

Au fost realizate șapte interviuri individuale în perioada ianuarie-februarie 2020 cu reprezentanți cheie din instituțiile naționale relevante pentru proiect, după cum urmează:

- un medic de medicina muncii și expert în cadrul serviciului de Evaluare a Factorilor de Risc la Locul de Muncă și care lucrează la Casa Județeană de Sănătate Sibiu (un organism local al Ministerului Sănătății);
- un recrutor de resurse umane de la o agenție privată de ocupare a forței de muncă;
- un consilier de carieră de la o instituție publică de ocupare a forței de muncă (agenție de șomaj);
- un medic cu expertiză medicală în reabilitare pentru a recăpăta capacitatea de muncă, care este, de asemenea, membru al Colegiului Medicilor și care lucrează la Casa Județeană de Pensii (o instituție publică pentru pensii de invaliditate și organism local al Ministerului Muncii și Protecției Sociale);
- doi asistenți sociali, unul fiind inspector la o instituție publică pentru prestații sociale oferite persoanelor cu dizabilități (un organism local al Ministerului Muncii și Protecției Sociale) și al doilea fiind un consilier care lucrează la serviciul pentru evaluarea persoanelor cu dizabilități ( instituție publică); și
- un angajat de la Ministerul Muncii și Protecției Sociale din România, care elaborează politici publice.

## 2 Cadrul legislativ privind revenirea la muncă în România

Această secțiune rezumă cadrul legislativ cu privire la boală, invaliditate și revenire la muncă în România. Datele au fost colectate în principal folosind cercetări de birou (analiza documentelor), dar și din interviuri individuale. Dintre cele patru grupuri de țări descrise de Belin et al. (2016), România aparține celui de-al treilea grup, având o *abordare ad-hoc*, care nu este planificată și monitorizată, ci decisă de la caz la caz. Grupurile țintă sunt angajații cu dizabilități și boli profesionale sau leziuni, iar după unele prevederi și angajații cu boli cronice. Există puțini actori implicați și nu există programe statutare pentru RLM (pentru detalii suplimentare a se vedea D1.1\_REWIR Cadrul analitic).

### 2.1. Sistemul de boală și invaliditate din România

Sistemul român de securitate socială se bazează pe asigurări sociale (pentru pensia de invaliditate) și asigurări sociale de sănătate (pentru concediu medical). Diferite instituții formulează criteriile și supervisează cerințele de concediu medical și invaliditate: Ministerul Sănătății pentru prevederile privind concediul medical (incapacitate temporară de muncă în legislația română) și Ministerul Muncii și Protecției Sociale pentru pensii de invaliditate, indemnizații de dizabilitate (din 2019) și alte beneficii conexe. Prevederile pentru concediu medical și invaliditate sunt stabilite prin lege, astfel sistemul este mai degrabă centralizat. Aceasta înseamnă că sindicatele și asociațiile patronale au o contribuție mai puțin semnificativă la modul în care aceste sisteme funcționează și cum sunt modelate. Există diferite măsuri stabilite pentru accidente de muncă, bolile profesionale și bolile care nu au legătură cu munca.

**Tabelul 8. Cadrul legislativ pentru concediul medical și invaliditate în România**

Prevederi asupra concediului medical	
Eligibilitate	<p>Beneficiarii prevederilor legate de concediu medical sau incapacitate temporară de muncă (ITM):</p> <p>Toți angajații, dacă respectă trei condiții:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. să fie asigurați de sistemul public de asigurări sociale;</li><li>2. să aibă o cotizație de cel puțin 6 luni, finalizată în ultimele 12 luni anterioare producerii riscului (excepție - angajații care suferă accidente de muncă, au boli profesionale și tuberculoză); și</li><li>3. să furnizeze un certificat medical.</li></ol> <p>Șomerii sunt eligibili pentru ITM și primesc indemnizația numai dacă suferă accidente de muncă sau boli profesionale care au avut loc în timpul participării lor la cursuri de reabilitare profesională și din cauza acestora.</p> <p>Pensionarii care generează venituri pentru care plătesc contribuții de asigurări sociale sunt, de asemenea, eligibili pentru ITM ca și alți angajați.</p>
Durata	<p>În general, durata ITM este de maximum 183 de zile (6 luni) într-un an. După 90 de zile, ITM poate fi prelungit la 183 de zile numai după aprobarea medicului expert în asigurări sociale.</p> <p>Pentru unele boli, durata este mai mare de 180 de zile, după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1 an, în ultimii 2 ani, pentru tuberculoză și unele boli cardiovasculare;</li><li>▪ 1 an, care poate fi prelungit la 1,5 ani, în ultimii 2 ani, pentru alte tipuri de tuberculoză decât pulmonară, SIDA și cancer;</li><li>▪ 1,5 ani, în ultimii doi ani, pentru tuberculoza pulmonară tratată chirurgical și tuberculoza osteoarticulară; și</li><li>▪ 6 luni, în ultimii 2 ani, pentru alte forme de tuberculoză extra-pulmonară.</li></ul>



Sursa plăților	<p>Indemnizația de ITM este în general plătită de angajator din prima zi de concediu medical până în ziua a 7-a, a 12-a sau a 17-a zi a concediului medical (în funcție de numărul de angajați: &lt;20, 21-100,&gt; 100) și apoi de la bugetul public al asigurărilor sociale până la sfârșitul ITM (Fondul Național pentru Asigurări Sociale de Sănătate).</p> <p>În caz de accidente de muncă și boli profesionale, indemnizația este plătită de angajator din prima zi de concediu medical pentru angajații cu contract individual de muncă.</p> <p>Pentru șomeri, indemnizația se plătește din bugetul public al asigurărilor sociale.</p>
Nivelul beneficiilor	În general, nivelul beneficiilor este de 75% din venitul mediu lunar câștigat în ultimele 6 luni anterioare lunii în care a apărut boala. Este 100% din venitul mediu lunar câștigat în ultimele 6 luni anterioare lunii în care a apărut boala în urma unui accident de muncă sau este o boală profesională, tuberculoză, SIDA, sau cancer.
Când există acțiuni privind RLM	La sfârșitul perioadei de concediu medical; singura intervenție timpurie este obligația angajaților cu concediu medical mai mare de 90 de zile de a urma un program de reabilitare medicală. RLM se face de obicei în mod informal, nu este planificată și este rareori etapizată (muncă cu jumătate de normă, apoi cu normă întreagă). La reluarea activității, medicul specialist în medicina muncii trebuie să dea o evaluare, dar nu este implicat cu adevărat în procesul de RLM.

---

### **Pensia de invaliditate**

Eligibilitate	<p>Angajați care și-au pierdut toată sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă din cauza: accidentelor de muncă sau bolilor profesionale, neoplasmelor, HIV/SIDA, schizofreniei; sau accidentelor și bolilor care nu au legătură cu munca, numai dacă angajatul a finalizat stagiul de cotizare necesar, care este în raport cu vârsta acestuia.</p> <p>Există trei grade de invaliditate, iar evaluarea capacității de muncă se face de către medici specialiști în asigurări sociale care sunt parteneri cu Casa Națională de Pensii, aparținând Ministerului Muncii și Protecției Sociale. Persoanele sunt reevaluate periodic (la intervale cuprinse între 1 și 3 ani, în funcție de boală, până la vârsta de pensionare), cu unele excepții.</p>
Durată	Prestația de invaliditate poate fi oferită până când persoana intră în pensie, dar la fiecare 1-3 ani persoana este reevaluată de medicul expert al asigurărilor sociale. Mai multe situații pot opri plata pensiei.
Sursa banilor	Pensiile de invaliditate se plătesc din Fondul Național de Pensii Publice. Contribuitorii la acest fond sunt salariații, angajatorii și cei care lucrează independent.
Nivelul beneficiilor	Valoarea prestației de invaliditate poate varia și se calculează pe baza salariului brut și a perioadei de cotizare. Beneficiul minim este de 700 RON (145 €). Există profesii care aparțin unor categorii speciale; aceste persoane pot obține un beneficiu mai mare.
Când se ia în calcul RLM	În perioada de invaliditate, pensionarii trebuie să urmeze un program de reabilitare medicală recomandat de medicul specialist în asigurări sociale. Prestația nu va mai fi plătită dacă pensionarul nu respectă regulamentul respectiv. După pensia de invaliditate, RLM înseamnă că persoana trebuie să-și găsească un alt loc de muncă. Și aici medicul de medicina muncii trebuie să dea o evaluare, dar nu este implicat cu adevărat în procesul de RLM.
Tipul sursei pentru aceste prevederi - lege (specifică sau generală), convenție colectivă, etc	<p>Legi specifice:</p> <p>Legea 19/2000 (sistemul public de pensii)</p> <p>Legea 263/2010 (sistemul unitar al pensiilor publice).</p>

Sursa: elaborare proprie

## 2.2. Legislația privind revenirea la muncă în România

Legislația română prevede mai multe stipulări care sunt legate indirect de RLM, așa cum sunt prezentate în Tabelul 9. Aceste prevederi sunt generale, indicând mai degrabă principii generale decât acțiuni specifice menite să faciliteze RLM. Legea nu prevede nicio măsură, procedură sau intervenție specifică pentru facilitarea RLM după încheierea concediului medical. RLM nu este planificată, dar angajatorii sunt în măsură să permită angajatului să reia mai întâi munca cu jumătate de normă (în funcție de tipul locului de muncă). Rolurile RLM sunt alocate medicului curant, angajatorului, medicului de medicina muncii și agenției publice de ocupare a forței de muncă locale și nu altor actori. Angajatorul are un rol marginal în RLM. Nu există politici active pe piața muncii.

**Tabelul 9. Cadrul legislativ pentru revenire la muncă în România**

<b>Cadrul legislativ pentru revenire la muncă în România</b>	
Procedura de revenire la muncă	<p>În timpul concediului medical (Ordonanța de urgență 158/2005):</p> <p>Nu este specificată nicio procedură specială pentru RLM, care să implice angajatorul sau medicul de medicina muncii. Cu toate acestea, există mai multe prevederi referitoare la recuperarea capacității de muncă care trebuie urmate în timpul perioadei de concediu medical și care facilitează RLM:</p> <p>Pentru a realiza recuperarea capacității de muncă, persoana poate beneficia de un tratament medical și balnear pentru recuperare.</p> <p>Angajații cu concediu medical mai mare de 90 de zile pot beneficia de tratament la un centru de reabilitare medicală, de 15-21 de zile, în urma unui plan individual furnizat de medicul curant și aprobat de medicul expert în asigurări sociale.</p> <p>Planul individual de reabilitare medicală este etapizat și obligatoriu și se realizează în unități medicale specializate care au un contract cu casele de sănătate (există unul în fiecare județ).</p> <p>La sfârșitul fiecărei etape a planului de reabilitare, medicul expert în asigurări sociale reevaluează capacitatea de muncă și recomandă fie continuarea reabilitării medicale, întoarcerea la locul de muncă sau demararea demersurilor pentru pensia de invaliditate.</p> <p>Tratamentul balnear și reabilitarea medicală sunt plătite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.</p> <p>Plata indemnizațiilor este condiționată de respectarea de către beneficiar a planului de recuperare.</p>
	<p><b>Reluarea muncii (Codul muncii; Legea 355/2007)</b></p> <p>Angajații trebuie să obțină un certificat medical cu avizul medicului de medicina muncii (MM) că sunt apti pentru reluarea muncii, dacă se întorc la muncă după un concediu medical mai mare de trei luni sau ori de câte ori MM consideră necesar. La fel dacă schimbă locul de muncă (Legea 355/2007).</p> <p>Angajații nu pot fi concediați în perioada ITM (concediu medical).</p> <p>În cazul în care angajatul nu are capacitatea de muncă (validată de medicul expert în asigurări sociale), angajatorul trebuie să ofere un alt post de muncă compatibil cu abilitățile și/sau capacitatea de muncă a persoanei. Angajatul trebuie să răspundă în trei zile dacă acceptă noua funcție oferită de angajator. Dacă angajatorul nu are posturi vacante de oferit, acesta trebuie să-l trimită la agenția locală de ocupare a forței de muncă, care va oferi îndrumări pentru obținerea unui nou loc de muncă în funcție de</p>

abilitățile și capacitatea acestuia. Angajatorului i se permite să concedieze angajatul numai dacă persoana respectivă nu răspunde în trei zile la propunerea postului de muncă sau numai după trimiterea către agenția locală de ocupare a forței de muncă.

Dacă este concediat conform celor prezentate mai sus, angajatul poate primi despăgubiri conform contractului individual de muncă sau al contractului colectiv de muncă.

Adeverința medicală (care poate avea patru rezultate – apt de muncă, apt de muncă condiționat, temporar incapabil și permanent incapabil să lucreze) este emisă de medicul de medicina muncii în trei scopuri:

- (1) să confirme abilitățile persoanei pentru primul sau noul loc de muncă;
- (2) să stabilească măsuri de adaptare la muncă atunci când este necesar; și
- (3) să reorienteze persoana către un alt loc de muncă care îl ajută pe acesta să-și mențină sănătatea și capacitatea de muncă.

### **Prevederi pentru persoanele cu dizabilități (Legea 448/2006)**

Există mai multe prevederi destinate exclusiv persoanelor cu dizabilități care doresc să obțină un loc de muncă sau să se întoarcă la serviciu (aceste persoane trebuie să aibă un certificat de handicap, emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap, care face parte din Ministerul Muncii și Protecției Sociale):

Fiecare persoană cu dizabilități care dorește să se (re)integreze în muncă poate beneficia de evaluare gratuită și îndrumare profesională; acea persoană are, de asemenea, dreptul de a participa activ la acest proces de evaluare și îndrumare, de a primi informații adecvate și de a-și alege activitatea de lucru.

Autoritățile publice au obligația de a înființa și menține unități protejate și locuri de muncă protejate.

Autoritățile publice au obligația de a iniția măsuri care să îi stimuleze pe angajatori să angajeze și să mențină în muncă persoane cu dizabilități.

Autoritățile publice trebuie să ofere servicii sociale și consiliere persoanelor cu dizabilități, familiilor acestora, angajatorilor pentru a facilita (re)integrarea în muncă și angajarea asistată.

Unitățile protejate se numesc Întreprinderi Sociale de Integrare în Muncă, funcționând fie ca și companii pe profit, fie ca asociații non-profit și, de obicei, se specializează în producție și comerț. Cel puțin 30% din forța de muncă din unitățile protejate trebuie să fie angajați cu dizabilități. Funcționarea lor este stimulată prin scutiri de impozite dacă se respectă anumite condiții impuse de lege. Locurile de muncă protejate sunt adaptate nevoilor persoanelor cu dizabilități din cadrul acestor unități.

Angajatorii cu cel puțin 50 de angajați au obligația de a angaja persoane cu dizabilități - 4% din numărul total de angajați. Pentru angajatorii care nu pot angaja persoane cu dizabilități, legea oferă două alternative: (i) să plătească lunar la bugetul de stat o sumă reprezentând 50% din salariul minim brut (care a fost de 1350 de lei în 2017), înmulțit cu numărul de locuri de muncă neocupate de persoane cu dizabilități; și (ii) să cumpere servicii sau produse realizate de persoane cu dizabilități în unități protejate, valoarea acestor servicii/produse achiziționate fiind echivalentul sumei datorate statului.

Angajatorii care angajează persoane cu dizabilități pot beneficia de deducerea cheltuielilor pentru adaptarea la locul de muncă, precum și a cheltuielilor pentru reorientare și îndrumare profesională.

Angajații cu dizabilități au dreptul să beneficieze de o adaptare rezonabilă a locului de muncă (modificări făcute de angajator la programul de lucru sau oferirea de

echipamente sau tehnologii speciale), consiliere și mediere a muncii, posibilitatea de a lucra mai puțin de 8 ore pe zi (urmând sfatul comisiei) și scutirea de impozitul pe salarii. Angajatorii au obligația de a adapta locul de muncă în funcție de nevoile grupurilor vulnerabile la riscuri (inclusiv persoanele cu dizabilități) - Legea 319/2006.

#### **Alte prevederi generale**

Interdicția discriminării bazată pe boli cronice netransmisibile la locul de muncă (Ordonanța Guvernului 137/2000)

Medicii de medicina muncii evaluează capacitatea de muncă a angajaților cu boli cronice - conceptul de supraveghere medicală specială (Hotărârea Guvernului 355/2007)

Tipul surselor acestor prevederi (de exemplu, legea (specifică sau generală), convenția colectivă, altele)

Legi specifice:

Ordonanța de urgență 158/2005 (incapacitate temporară de muncă și asigurări sociale)

Codul muncii (53/2003)

Hotărârea de Guvern 355/2007 (monitorizarea sănătății angajaților)

Legea 448/2006 (protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități)

Legea 319/2006 (securitate și sănătate la locul de muncă)

Ordonanța de Guvern 137/2000 (prevenirea și sancționarea discriminării)

Orice alt aspect relevant pentru țară

Nicio măsură, procedură sau intervenție pentru facilitarea RLM nu este prevăzută de lege după încheierea concediului medical.

Persoana trebuie să urmeze un plan individual pentru a-și recăpăta capacitatea de muncă, dar acest lucru este doar pentru probleme medicale (reabilitare medicală).

Angajatorul are doar un rol marginal în întoarcerea la muncă (vezi mai sus).

Alți actori precum ONG-urile sau profesioniștii care oferă ajutor specializat (psihologi, asistenți sociali) nu au un rol formal în RLM.

---

Sursa: elaborare proprie

### 3 Implicarea partenerilor sociali în elaborarea politicilor de revenire la muncă la nivel național

Această secțiune prezintă concluziile chestionarului adresat partenerilor sociali, a mesei rotunde, a celor două focus grupuri cu angajatorii și sindicatele precum și concluziile din interviurile cu stakeholderii de la nivel național.

#### 3.1 Rolul actorilor și stakeholderilor în politicile de revenire la muncă

În această secțiune descriem actorii care modelează și implementează politicile de RLM în România, precum și rolul pe care îl joacă în acest proces. O caracteristică majoră a sistemului de elaborare a politicilor din România este natura sa centralizată, ceea ce înseamnă că procesul de propunere și planificare a politicilor este mai degrabă centralizat, în loc să urmeze o abordare de jos în sus. Statul joacă rolul principal în acest proces, iar implicarea partenerilor sociali și a altor stakeholderi este relativ redusă, așa cum vom detalia mai jos. În mod tradițional, și cu atât mai mult din 2011, practica dialogului social în România a fost slabă. După cum s-a subliniat în secțiunea anterioară, sindicatele și asociațiile patronale nu sunt încurajate să își asume un rol activ în procesul de elaborare a politicilor, care este aproape în întregime atribuit guvernului.

Cei trei actori naționali cheie care gestionează fondurile pentru boală, dizabilitate și invaliditate sunt (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CASS), care este instituția publică care coordonează prestațiile de boală; (2) Fondul Național de Pensii Publice (FNPP), care monitorizează pensiile de invaliditate; și (3) Ministerul Muncii, care este implicat în coordonarea activităților legate de indemnizațiile de handicap. Categoriile profesionale stipulate în lege, care sunt direct sau indirect implicate în gestionarea bolii, dizabilității și invalidității sunt medicii specialiști, medici de medicina muncii, medicii experți în asigurări sociale și asistenții sociali. La nivel național, dialogul social tripartit este coordonat prin structuri instituționale. Principalul organism este Consiliul Național Tripartit pentru Dialog Social, înființat la nivel guvernamental și compus din membrii ai confederațiilor sindicale și patronale și membrii ai guvernului (Ministerul Muncii și Protecției Sociale, 2020). Rolul secretariatului tehnic este realizat de Comisia de Dialog Social, care funcționează în cadrul Ministerului Muncii. De asemenea, la nivel național există consultări între guvern și Consiliul Economic și Social, care este un organism de dialog civic compus din reprezentanți ai societății civile.

Pe lângă acești actori implicați la nivel de stat, angajații și sindicatele ca reprezentanți ai acestora ar trebui să aibă un rol semnificativ în elaborarea politicilor de RLM. Există cinci confederații sindicale cu reprezentare la nivel național, care în trecut s-au implicat în combaterea cauzelor comune: Confederația Națională a Sindicatelor „Cartel Alfa”, Blocul Sindicatului Național, Confederația Națională „Frăția”, Confederația Națională „Meridianul” , și Confederația Sindicatelor Democratice din România. Reprezentarea sindicală este semnificativ mai mare în industrie (75-85%) în comparație cu administrația publică (30%) (European Trade Union Institute, 2020). În ceea ce privește negocierile colective, din 2011 convențiile colective pot fi negociate doar la nivel de industrie/sector, la nivel de companie și pentru grupuri de companii, și nu la nivel național. Negocierile sunt reglementate de Codul de Dialog Social. Doar sindicatele care reprezintă cel puțin 7% din angajații dintr-un sector de activitate pot negocia la nivel național (10% pentru asociațiile patronale). În fiecare companie, un singur sindicat poate fi reprezentativ pentru interesele angajaților. În companiile cu mai mult de 20 de angajați și fără sindicat, pot fi aleși reprezentanți ai angajaților (European Trade Union Institute, 2020). Toate companiile cu mai mult de 10 angajați ar trebui să aleagă reprezentanți pe sănătate și siguranță, dar responsabilitățile lor sunt destul de generale în menținerea condițiilor de sănătate și

siguranță la locul de muncă. Totuși, aproximativ 57% din organizațiile din România declară că folosesc proceduri sau măsuri de RLM (comparativ cu 67% în UE-28). Informațiile privind sănătatea și siguranța în organizațiile românești provin în mare măsură de la inspectoratele de muncă (la 82% din organizații) și mult mai puțin de la sindicate (pentru 11% din organizații) sau organizații patronale (27%) (Irastorza, Milczarek și Cockburn, 2016).

La câțiva ani de la reforma legislației privind dialogul social din 2011 (Legea 62/2011), acesta din România pare a fi slab și ineficient, după cum se reflectă în relațiile participanților la mesele rotunde și la focus grupuri. Astfel, aceștia trasează o imagine sumbră și problematică a puterii actuale de influență a sindicatelor din România. Potrivit acestora, prevederile Legii 62/2011 sunt foarte restrictive pentru sindicate, favorizând în același timp angajatorii. Drept urmare, numărul contractelor colective negociate la nivelul companiei a scăzut semnificativ, iar dialogul social a fost redus la câteva puncte, bazat doar pe minimul pe cerințele din Codul Muncii. Sindicatele tind să se ocupe în mare parte de probleme financiare și de condițiile de muncă, dar problemele de sănătate și siguranță rămân sub-reglementate. Prin urmare, RLM - care este un subiect special în domeniul sănătății și siguranței - de obicei nu este abordat în mod explicit prin mijloace de dialog social.

Mai multe confederații patronale sunt vizibile și active la nivel național: Consiliul Național al Întreprinderilor Mici și Mijlocii din România, Confederația Patronală Concordia, Uniunea Generală a Industriașilor din România, Uniunea Națională a Patronatului Român și Uniunea Patronatului din România. Pe lângă confederațiile sindicale, aceștia sunt parteneri sociali semnificativi.

Un alt actor instituțional cheie este agenția publică de ocupare a forței de muncă cu agențiile sale teritoriale (41, cu câte 1 în fiecare județ), care este direct implicată pe piața muncii și se ocupă de principalele probleme din acest domeniu. Cu toate acestea, această agenție se ocupă în cea mai mare parte de șomerii în stare bună de sănătate și are doar un rol formal și marginal în ceea ce privește angajații care se întorc la muncă după o boală sau dizabilitate.

Societatea civilă este, de asemenea, caracterizată de o implicare redusă în elaborarea politicilor de RLM, deși în ultimii ani puterea de influență a ONG-urilor a crescut în unele domenii. Un număr mare de ONG-uri care acționează ca organizații de pacienți luptă pentru drepturile pacienților cu boli cronice, dar RLM constituie o problemă destul de marginală pentru mulți dintre ei. În acest sens, există 135 de asociații și 33 de fundații active în domeniul cancerului, dar doar 9 asociații și o fundație sunt angajate în acțiuni explicite care facilitează reintegrarea muncii (Popa, Vlase și Morândău, 2016). Unele inițiative ar putea fi întreprinse de cercetătorii activi în acest domeniu, ca urmare a proiectelor pe care le desfășoară, dar comunicarea la nivel politic superior este de obicei limitată, deoarece nu există modalități formale de jos în sus de a propune politici sau modificări ale acestora (consultările publice sunt rareori organizate, ineficiente și de obicei nu sunt transparente).

Pe baza discuțiilor cu toți stakeholderii din studiul nostru, principala concluzie este că aceștia nu sunt implicați direct în conturarea politicilor de RLM după boli cronice, la nivel național. Activitățile lor formale sunt legate în multe moduri de piața muncii, dar nu abordează în mod specific procesul de RLM. Aceștia au declarat că nu există prevederi specifice în lege pentru facilitarea RLM. Unii dintre stakeholderii din studiul nostru sunt implicați în gestionarea factorilor de risc privind sănătatea la locul de muncă.

Participanții la focus grupul cu angajatorii au fost de acord că următoarele categorii de actori ar trebui să fie cei mai implicați în elaborarea politicilor de RLM: statul (ca cel mai important actor – acord general), angajatorii (în special departamentele de resurse umane) și angajații. Statul oferă cadrul legal general în care angajatorul poate oferi măsuri adaptate pentru a facilita RLM. Participanții la studiu au

apreciat că medicul specialist ar trebui să fie implicat mai mult. În opinia lor, sindicatele sunt marginal implicate, iar implicarea lor este de obicei limitată la probleme financiare.

Reprezentanții sindicatelor care au participat la cel de-al doilea focus grup au convenit, de asemenea, că statul, prin politicile emise, este cel mai important actor, urmat de sindicate, angajatori și Colegiul Medicilor. Totuși, toți participanții la studiu se consideră actori pasivi în ceea ce privește influența lor în elaborarea politicilor, deoarece recunosc că acționează doar în contextul legii. În opinia lor, lipsa inițiativei în elaborarea politicilor se explică prin lipsa mecanismelor de consolidare a cooperării dintre actorii politici și stakeholderii de la nivelul inferior.

### 3.2 Opiniile și nivelul de implicare al actorilor din cadrul relațiilor industriale în politicile de revenire la muncă

Șapte organizații românești au participat la chestionarul adresat partenerilor sociali: trei asociații patronale și patru sindicate, dar doar șase răspunsuri au fost relevante. Toți sunt implicați în dialogul social național tripartit. Numărul scăzut de răspunsuri reprezintă o limitare pe care am încercat să o depășim prin completarea datelor din acest chestionar cu date din alte surse: masa rotundă, focus grupuri și interviuri.

#### Percepțiile partenerilor sociali asupra politicilor de revenire la muncă la nivelul UE

Datele din chestionarul pe care l-am realizat arată că există o colaborare între partenerii sociali naționali și europeni. Puțin mai mult de jumătate dintre partenerii sociali români au afirmat că organizația lor participă la structurile de dialog social la nivelul UE. De asemenea, patru respondenți au declarat că au cunoștințe despre politicile la nivelul UE care susțin RLM pentru angajați după tratamentul bolilor cronice.

Majoritatea reprezentanților sindicatelor au fost de acord că agenda RLM ar trebui să facă parte dintr-o strategie a UE și că agenda Uniunii care abordează politicile RLM ar trebui să fie mai activă pe această temă. În ceea ce privește forma implicării la nivelul UE, partenerii sociali au convenit asupra faptului că atât recomandările neobligatorii, cât și politicile obligatorii ar trebui stabilite pentru statele membre, în aceeași măsură (a se vedea tabelul 10 în secțiunea 4.2).

În ceea ce privește rolul comisiilor de dialog social la nivelul UE în elaborarea politicilor de RLM la nivel european, cinci dintre cei șase respondenți au considerat că dialogul social la nivel UE ar trebui să includă politicile RLM mai activ pe agendă și să adopte recomandări obligatorii pentru statele membre. Patru participanți nu au fost de acord cu ideea că agenda la nivelul UE abordează în mod adecvat politicile de RLM și nu sunt necesare modificări. Cinci dintre participanții la studiu au fost de acord că RLM este o problemă care ar trebui să fie pe agenda dialogului social la nivelul UE. În percepția partenerilor sociali, politicile RLM la nivelul UE ar trebui să fie un cadru pentru politicile naționale. Cooperarea la nivelul UE este considerată necesară și relevantă.

#### Percepțiile partenerilor sociali asupra politicilor naționale de revenire la muncă

În ceea ce privește politicile naționale de RLM, principala problemă din România, în opinia partenerilor sociali, nu este absența unui cadru politic elaborat, ci lipsa unei bune implementări și aplicări. Astfel, majoritatea respondenților au declarat că știu despre existența politicilor și măsurilor naționale care susțin RLM după bolile cronice din România. De asemenea, jumătate dintre respondenți au considerat că România are un cadru politic elaborat, dar nu are o bună implementare și aplicare. Un singur participant a considerat că România are un cadru politic slab și că nu are o bună implementare și aplicare.

Directiva 2000/78/CE de instituire a unui cadru general pentru dreptul la egalitatea de șanse la angajare și ocupare a unui loc de muncă nu este o măsură bine cunoscută. Un respondent nu știa despre asta, alți doi au considerat că directiva nu a fost pusă în aplicare, în timp ce au existat patru non-răspunsuri.

Aproape toți participanții la studiu au fost de acord că sindicatele ar trebui să fie mai active în abordarea procesului de elaborare a politicilor de RLM. De asemenea, aceștia așteaptă mai mult de la asociațiile patronale, considerând că acestea ar trebui să fie mai active. Un singur respondent a considerat că sindicatele sunt suficient de active și că RLM nu ar trebui să fie o prioritate pentru asociațiile patronale la nivel național. În ceea ce privește cunoștințele, două treimi dintre respondenți știau despre măsurile specifice care facilitează implementarea politicilor RLM în România și doi au declarat că nu cunosc astfel de măsuri.

În ceea ce privește implicarea efectivă a partenerilor sociali în procesul de elaborare a politicilor, cinci dintre cei șase respondenți sunt implicați și se consultă ocazional cu privire la procesul de elaborare a politicilor de RLM. Majoritatea lor se străduiesc să se implice mai activ în elaborarea acestor politicilor. Atunci când partenerii sociali sunt implicați în acțiuni de elaborare a politicilor, inițiativa pare a fi echilibrată, deoarece jumătate dintre ei au afirmat că ei au inițiativa, iar cealaltă jumătate a recunoscut că inițiativa a fost condusă de factori externi (la nivel național sau la nivelul UE). Două bariere importante în calea implicării în elaborarea politicilor de RLM au fost identificate de către participanții la chestionar: guvernul ignoră inițiativele lor și nu sunt recunoscuți ca un parteneri relevanți în elaborarea politicilor de RLM.

În ceea ce privește implicarea efectivă a partenerilor sociali în procesul de implementare a politicilor, o treime dintre aceștia au implicare ocazională, în timp ce restul se limitează la implicarea ad-hoc, marginală. Cauza acestei implicări reduse în implementarea politicilor de RLM este lipsa unei strategii naționale sau a unui cadru legislativ care să le faciliteze implicarea. Jumătate dintre aceștia monitorizează modul în care politica de RLM este implementată la nivelul companiei și o treime o monitorizează la nivel național. Dar există interes în extinderea implicării organizațiilor în implementarea politicilor de RLM, deoarece aproape toți participanții la studiu au spus că se străduiesc să aibă o implicare mai activă.

După cum s-a subliniat parțial în cercetarea noastră anterioară (Popa și Popa, 2019), participanții la focus grupuri au identificat mai multe aspecte pozitive ale legislației române actuale privind concediile de boală, invaliditatea și RLM, cum ar fi Codul Muncii, care este o politică bună (integrativă și completă); perioada lungă de concediu medical pentru unele boli, care este plătită integral; imposibilitatea concedierii unui angajat în timpul concediului medical (funcția este menținută deschisă până când acesta revine); și prevederile privind bolile profesionale (unele dintre ele fiind boli cronice). Ca aspecte negative, participanții au menționat următoarele: RLM graduală și, de asemenea, timpul de lucru flexibil nu sunt suficient reglementate; serviciile de consiliere sunt inexistente; serviciile de reorientare profesională sunt total insuficiente și au un grad redus de accesibilitate; faptul că concediul medical este acordat numai timp de o lună (angajatul trebuie să meargă la un medic specialist în fiecare lună pentru a obține încă 30 de zile de concediu medical și apoi să ducă certificatul de concediu medical la angajator), făcând astfel imposibil angajatorului face planuri de înlocuire pe termen lung; și nu există facilități care să ajute angajatorii să se adapteze întoarcerii unui angajat după o boală cronică, deoarece sistemul se bazează doar pe sancțiuni.

În concluzie, în ceea ce privește elaborarea politicilor de RLM, răspunsurile colectate indică o implicare slabă a tuturor stakeholderilor. Aceștia nu au mijloacele adecvate pentru a se implica și se retrag mai degrabă din acest proces, deoarece statul este considerat a avea cea mai mare



responsabilitate. Pe de altă parte, partenerii sociali au fost de acord că există unele stipulări privind RLM în legi, dar acestea nu sunt suficient de specifice. Aceștia au menționat necesitatea unui cadru legal cu proceduri clare pentru angajatori și alți stakeholderi care pot sprijini RLM după bolile cronice. Strategia la nivelul UE ar trebui să se reflecte în acest cadru. Partenerii sociali sunt conștienți că ar trebui să fie mai activi în elaborarea și implementarea politicilor de RLM, dar consideră că puterea lor de influență este insuficientă.

### Percepțiile partenerilor sociali asupra rolului relațiilor industriale de la nivel național în revenirea la locul de muncă

Datele colectate în acest studiu subliniază necesitatea colaborării între stat, angajatori și sindicate. Partenerii sociali au recunoscut că atât sindicatele, cât și asociațiile patronale ar trebui să fie mai active în implementarea politicilor de RLM la nivel național.

Chestionarul evidențiază faptul că partenerii sociali sunt implicați în cea mai mare parte în activități legate de negocierile colective și de salarizare, dar mai puțin în sensibilizarea angajaților cu privire la drepturile lor, în lobby-ul la instituțiile publice și în sprijinirea angajaților individuali. Cei doi actori implicați în negocieri colective nu se angajează în negocieri la nivel național, sectorial sau regional, ci doar la nivel de companie.

Datele colectate prin desfășurarea de focus grupuri arată că sindicatele sunt considerate a fi actori importanți în ceea ce privește politica de RLM, din perspectiva tuturor stakeholderilor. Printre sugestiile oferite de participanți a fost că rolul lor ar putea include negocieri cu privire la fondurile de sănătate și bonusuri pentru angajații cu boli cronice. Cu toate acestea, datele din chestionarul adresat companiilor arată că doar aproximativ 38% dintre manageri se consultă cu sindicatele și/sau reprezentanții angajaților cu privire la problemele legate de RLM. Numărul de non-răspunsuri la această întrebare (50%) evidențiază nivelul scăzut al dialogului social. De asemenea, contractele colective la nivel de companie au stipulat RLM doar la 16% din companii, în timp ce o treime din manageri au fost de acord că RLM ar trebui să fie gestionată în cadrul contractelor colective la nivel de companie. Doar 16% dintre companii au un contract colectiv și doar o treime din angajați sunt afiliați la un sindicat. Prin urmare, relațiile industriale sunt considerate importante pentru RLM, totuși lipsește un cadru în care actorii ar putea interacționa eficient.

Aceeași idee a importanței rolului partenerilor sociali în elaborarea și implementarea politicii a fost exprimată în interviuri. În opinia participanților, este esențial ca toate categoriile de parteneri sociali, de la toate nivelurile, să participe la dialogul social. Totuși, s-a afirmat că implicarea sindicatelor și a asociațiilor patronale în dialogul social la nivel național a fost întotdeauna pentru a îmbunătăți propunerile de politici ale Ministerului Muncii. Acest lucru indică faptul că rolul principal și cel mai activ este atribuit ministerului.

### 3.3 Natura interacțiunilor dintre actorii din cadrul relațiilor industriale și alți stakeholderi în politicile de revenire la muncă

Împreună cu actorii implicați în sistemul relațiilor industriale, alți stakeholderi joacă un rol relevant în elaborarea și implementarea politicilor de RLM. Jumătate dintre partenerii sociali au fost de acord că este esențială cooperarea dintre aceștia și alți stakeholderi (guvern, instituții care se ocupă cu piața muncii, organizații medicale, centre de reabilitare, ONG-uri, psihologi, terapeuți și alți profesioniști). O treime dintre respondenți au considerat că această cooperare este potențial importantă, deși există obstacole. Același lucru se poate spune despre cooperarea în implementarea

politicilor de RLM în România, aceasta din urmă fiind văzută ca fiind mai importantă decât cooperarea privind politicile de RLM.

În interviuri, reprezentanții agențiilor private de ocupare a forței de muncă și ai agenției publice de ocupare a forței de muncă și-au subliniat disponibilitatea de a coopera cu actorii din cadrul relațiilor industriale, totuși au indicat că, din experiența lor, relațiile informale și recomandările personale contează mult mai mult în interacțiunile cu acești actori.

### 3.4 Rezultatele dialogului social cu privire la politicile de revenire la muncă (la nivel național și, dacă este relevant, dialog social sectorial / regional)

Interviurile cu diferite categorii de stakeholderi au indicat o colaborare redusă cu actorii din cadrul relațiilor industriale (în principal sindicatele), deoarece au existat multe răspunsuri la întrebările respective. Numai reprezentantul Ministerului Muncii și Protecției Sociale a dezvăluit un exemplu de cooperare având drept rezultat „proponeri [privind] politica publică (acte normative) care erau adecvate și sensibile la nevoile și nemulțumirile lor”.

Deși majoritatea partenerilor sociali care au răspuns la chestionar doresc o implicare mai activă în elaborarea și implementarea politicilor de RLM, rezultatele sunt slabe. Abordarea individuală (personalizată) la nivelul companiei este considerată a fi mai utilă și este o practică obișnuită să se utilizeze negocierea colectivă. Un exemplu a fost oferit de o companie, în care sindicatul a negociat condițiile conform cărora un angajat își pierde capacitatea de muncă și nu i se poate oferi niciun alt loc de muncă în cadrul companiei, acesta va primi o sumă forfetară constând în salariul pe doi ani și va putea fi disponibilizat. De cele mai multe ori sindicatele sunt implicate financiar (ajutând angajatul cu bani pentru tratament) și, în unele cazuri, oferă sprijin și îi încurajează pe angajați să se întoarcă la serviciu, dar doar ca o acțiune informală. În unele companii, convenția colectivă specifică în detaliu modul în care angajatul va fi ajutat în caz de boală pe termen lung, cu secțiuni generale privind sănătatea, dar nu în mod specific pentru RLM.

### 3.5 Puncte de vedere asupra potențialului de acțiune la revenirea la muncă și la contribuția actorilor din cadrul relațiilor industriale

Au fost oferite foarte puține exemple de bune practici privind politicile RLM și acestea au fost destul de abstracte: „cooperarea între partenerii sociali în crearea legislației la nivel național” și „când angajatul se întoarce la muncă, sindicatul se ocupă de numirea [pe] poziția inițială”.

Au fost propuse mai multe măsuri pentru îmbunătățirea colaborării în cadrul dialogului social, cele mai multe fiind legate de legislație și vizând nivelul național: elaborarea unei legislații mai bune; angajatorii să aibă facilități fiscale în legislație pentru a ajuta la crearea unui mediu adecvat pentru angajații cu boli cronice (sindicatele și guvernul ar trebui să aibă această responsabilitate); și să includă RLM pe agenda negocierilor colective. O altă măsură propusă este de a construi o cultură autentică la nivel de companie care să permită măsuri legate de RLM, pe baza argumentului că organizațiile cu un nivel bun de performanță sunt cele care au grijă de resursele lor umane.

Datele calitative colectate relevă faptul că abordările actuale ale RLM se bazează pe acțiuni informale și pe disponibilitatea și intențiile bune ale angajatorului. Participanții au menționat necesitatea unei strategii și proceduri clare, de la nivelul legislativ superior la nivelul companiei, pentru a ajuta angajatorii și angajații în procesul de RLM. Au fost făcute două sugestii notabile: mai întâi, includerea în lege a posibilității de a cumula concediul medical cu o revenire treptată la muncă de 2-4 ore (în prezent, dacă angajatul dorește să se întoarcă la muncă timp de 4 ore, concediul medical este

suspendat); acest lucru ar fi similar cu legislația actuală pentru întoarcerea din concediul de maternitate. Această măsură ar trebui să fie disponibilă ca opțiune, pentru cei care o doresc. A doua sugestie a fost introducerea unui stimulent de reintegrare (un stimulent financiar pentru cei care se întorc la muncă mai devreme), similar cu cel pentru concediul de maternitate.

Asociațiile patronale ar trebui să aibă un rol mai activ în RLM în special în cazul organizațiilor fără sindicate. În astfel de cazuri, sindicatele ar trebui înlocuite cu alte structuri, deoarece este important ca angajații care se confruntă cu probleme de sănătate să fie informați și mai bine reprezentați. Participanții au sugerat programe de formare pentru angajatori și angajați, care ajută la creșterea gradului de conștientizare cu privire la sănătate, prevenirea bolilor și probleme legate de muncă. Companiilor mici ar trebui să li se acorde o atenție specială, deoarece managerii consideră că acestea sunt mai puțin interesate de sănătate și siguranță la locul de muncă și sunt mai reticente la schimbare. De asemenea, pentru companiile mici povara obligațiilor și impozitelor legale este mai mare și mai copleșitoare decât pentru companiile mijlocii și mari.

În viziunea angajaților, cele mai importante persoane/departamente care ar putea oferi ajutor la reintegrarea muncii după boli cronice sunt departamentul de resurse umane, șeful de echipă/superiorul ierarhic și șeful companiei. O altă recomandare importantă care a fost exprimată în cadrul focus grupului cu angajatorii a fost înființarea unei agenții în care angajații să poată accesa toate serviciile necesare pentru RLM într-un singur loc – reabilitare, consiliere pentru RLM, consiliere juridică și sfaturi medicale. Un astfel de serviciu ar putea funcționa ca o „plasă de siguranță” pentru persoanele care intră în afara tuturor sistemelor (medical, ocuparea forței de muncă, securitate socială). Această sugestie a fost exprimată și într-un interviu cu o agenție privată de recrutare. Persoana interviuată a considerat că un mare pas înainte ar fi să existe un serviciu integrat la nivel național pentru procesul de RLM și/sau un sistem cu o platformă, o linie telefonică de asistență telefonică și o comunitate virtuală care ar putea permite angajaților să adreseze întrebări cu privire la RLM și să primească servicii specializate de ajutor.

O discuție demnă de menționat despre modul potențial de a acționa în viitor legat de RLM și despre contribuția actorilor din cadrul relațiilor industriale a avut loc într-un interviu cu un reprezentant al unei agenții private de recrutare, când s-a discutat despre fosta colaborare a acelei persoane cu sindicatele și asociațiile patronale (nu pe probleme de RLM). Experiența acesteia a relevat faptul că reprezentanții sindicatelor erau mai puțin implicați și mai puțin deschiși la colaborare și dialog, iar așteptările lor s-au dezvoltat exclusiv în jurul posibilelor beneficii și soluții rapide și nu a participării active. În loc de aceasta, sindicatele ar trebui să fie lideri de opinie și nu numai grupuri care solicită beneficii. O altă perspectivă surprinzătoare a fost faptul că colaborarea cu reprezentanții angajaților a fost mai bună decât cea cu sindicatele. Aceștia s-au angajat mai activ în negocierile cu angajatorii, au fost mai puțin conflictuali și mai flexibili decât reprezentanții sindicatelor.

Din perspectiva participanților la interviurile individuale, sindicatele și angajatorii trebuie să joace un rol activ în îmbunătățirea reabilitării și a revenirii la muncă. Mai mult, colaborarea dintre medicul de medicina muncii și specialistul în RU este considerată esențială pentru o RLM de succes. Medicul de medicina muncii a fost, de asemenea, considerat un actor important de către participanții la masa rotundă, alături de organizațiile pacienților, furnizorii de servicii medicale și serviciile de angajare. Într-unul dintre interviuri, un medic expert în asigurări sociale a arătat că, pe baza experienței sale, majoritatea celor care au o perioadă lungă de concediu medical (peste un an) după o boală cronică severă au preferat să înceapă pensionarea în loc să se întoarcă la de muncă, chiar dacă încă mai aveau capacitate de muncă. În opinia sa, această preferință poate fi explicată prin lipsa consilierii și a sprijinului specializat disponibil pentru acești oameni și a lipsei de ajutor din partea

angajatorului, precum și prin inflexibilitatea prevederilor privind munca cu jumătate de normă. El a sugerat că RLM pentru persoanele cu un nivel scăzut de angajabilitate (cei care au mai rămas doar cu jumătate din capacitatea lor de muncă, adică al treilea grad de invaliditate) ar putea fi facilitată prin colaborarea dintre trei actori: agenția publică pentru ocuparea forței de muncă, medicii de medicina muncii și medicii experți în asigurări sociale. O altă sugestie semnificativă pentru o modificare a legii a fost aceea de a stimula financiar angajatorii să angajeze persoane cu o capacitate de muncă condiționată. Mai precis, propunerea a fost de a replica stimulentele pe care, prin lege, le primesc în prezent angajatorii care angajează șomeri din cauza RLM după afecțiuni cronice. O deficiență menționată a fost faptul că medicul expert în asigurări sociale nu are nicio colaborare cu asistenții sociali, ceea ce ar fi esențial pentru o evaluare exactă a capacității de muncă. În prezent, capacitatea de muncă este evaluată pe baza documentelor medicale și a declarațiilor pacientului și nu se bazează pe o investigație socială efectuată de asistentul social în mediul pacientului. Acest lucru poate influența negativ evaluarea capacității de muncă. Aceasta a fost o altă sugestie cu privire la modul în care ar trebui îmbunătățit cadrul legislativ.

Stakeholderii au convenit că este necesară o implicare mai mare din partea agenției publice de ocupare a forței de muncă. Cu toate acestea, reprezentantul acestei instituții a declarat că un consilier de carieră lucrează de obicei cu 3.000 de șomeri. Această lipsă acută de consilieri de carieră explică motivul pentru care implicarea lor în problemele RLM este redusă. În prezent, această instituție nu are programe pentru persoanele cu boli cronice care caută alt loc de muncă.

## 4 Procesul de revenire la muncă la nivel de companie și implicarea partenerilor sociali

Această secțiune examinează perspectivele de RLM la nivelul companiei, prin analiza datelor cantitative și calitative din diverse surse, cum ar fi chestionarul adresat angajaților, chestionarul adresat managerilor, masa rotundă, focus grupurile cu angajatorii și sindicatele și interviurile cu stakeholderii relevanți la nivel național.

### 4.1 Experiențele angajaților cu privire la revenirea la muncă în companie

În urma datelor obținute din chestionarul pentru angajați și cel pentru companii, precum și din focus grupul și interviurile cu stakeholderii, am colectat informații care descriu situația actuală privind procesul de RLM la nivel de companie și implicarea partenerilor sociali.

Cele mai răspândite boli în rândul angajaților români (după cum s-a raportat în chestionarul pentru angajații din România, (N = 36) au fost bolile oncologice (61,1%), bolile cardiovasculare (11,1%), bolile musculo-scheletice (8,3%) și diabetul (5,5%). Cele mai grave boli au fost considerate de către aceștia ca fiind cancerul (61,7%), bolile cardiovasculare (11,7%) și bolile musculo-scheletice (5,8%).

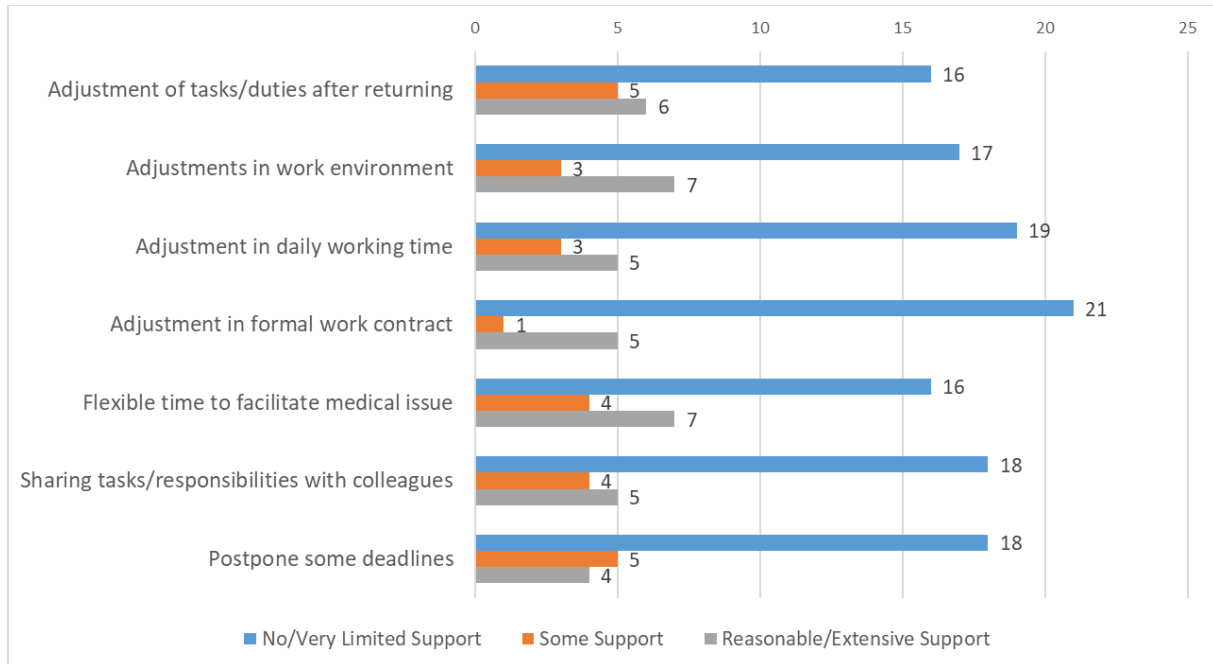
Majoritatea respondenților din eșantion (N = 32) au fost preocupați de RLM (62,8%), în timp ce 37,1% au răspuns că nu sunt îngrijorați. Cea mai mare îngrijorare a fost că nimeni de la locul de muncă nu le va oferi sprijin (50%), urmat de teama de a nu rămâne fără niciun sprijin din partea angajatorului (44,4%). Alte răspunsuri au arătat că 38,8% dintre respondenții din eșantion erau preocupați din cauza discriminării financiare; 38,8% au fost îngrijorați că trebuie să se întoarcă la productivitate maximă imediat după tratament, fără o perioadă de acomodare; iar 33,3% se așteptau ca angajatorul lor să nu fie dispus să adapteze condițiile de muncă la capacitatea lor de muncă.

Pentru respondenții din eșantionul nostru care au mai avut o experiență de RLM (N = 36), cei mai importanți actori care oferă sprijin legat de RLM sunt departamentul de RU din companie (28,5%), șeful de echipă/superiorul ierarhic (25,7%) și directorul companiei (22,8%). Răspunsuri mai puțin frecvente au fost psihologul/terapeutul ocupațional din afara companiei (17,1%), un institut de reabilitare (8,5%) și sindicatul (5,7%).

În ceea ce privește RLM reală, aproape jumătate dintre angajați au exprimat că nu sunt deloc sau doar parțial mulțumiți de ajutorul primit de la angajator (48,5%) și 34,2% au declarat că sunt mulțumiți și foarte mulțumiți. S-a exprimat și mai multă nemulțumire în ceea ce privește sprijinul oferit de sindicate (51,4% nu erau deloc mulțumiți sau parțial nemulțumiți), în timp ce 19,9% erau mulțumiți și foarte mulțumiți.

În ceea ce privește adaptările de la locul de muncă, procente ridicate de respondenți au dezvăluit că nu au primit niciun sprijin în ceea ce privește adaptarea contractului lor de muncă (62,9%), amânarea unor termene limită (55,5%), timpul lor zilnic de muncă (40,7%) sau împărțirea sarcinilor/obligațiilor lor cu colegii (44,4%). În general, pentru toate tipurile de adaptări a fost oferit un sprijin foarte limitat sau o formă de sprijin (Figura 3). Partea pozitivă e că aceștia au primit un sprijin rezonabil, în special în ceea ce privește un timp flexibil la locul de muncă în vederea facilitării aspectelor medicale (de ex.: consultații medicale) (25,9%), mediul lor de muncă (25,9%) și sarcinile/obligațiile lor de serviciu (22,2%).

**Figura 3. Adaptările oferite angajaților atunci când au revenit la muncă(Q47)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru angajați, calcule proprii; numărul de respondenți: 27.

Legendă stânga:

Adaptările sarcinilor/ obligațiilor de serviciu după revenirea la muncă  
 Adaptări în ceea ce privește mediul muncii  
 Adaptări în ceea ce privește timpul zilnic de muncă  
 Adaptări în privința contractului formal de muncă  
 Timp flexibil în vederea facilitării aspectelor medicale  
 Împărțirea sarcinilor/responsabilităților cu colegii  
 Amânarea unor termene limită

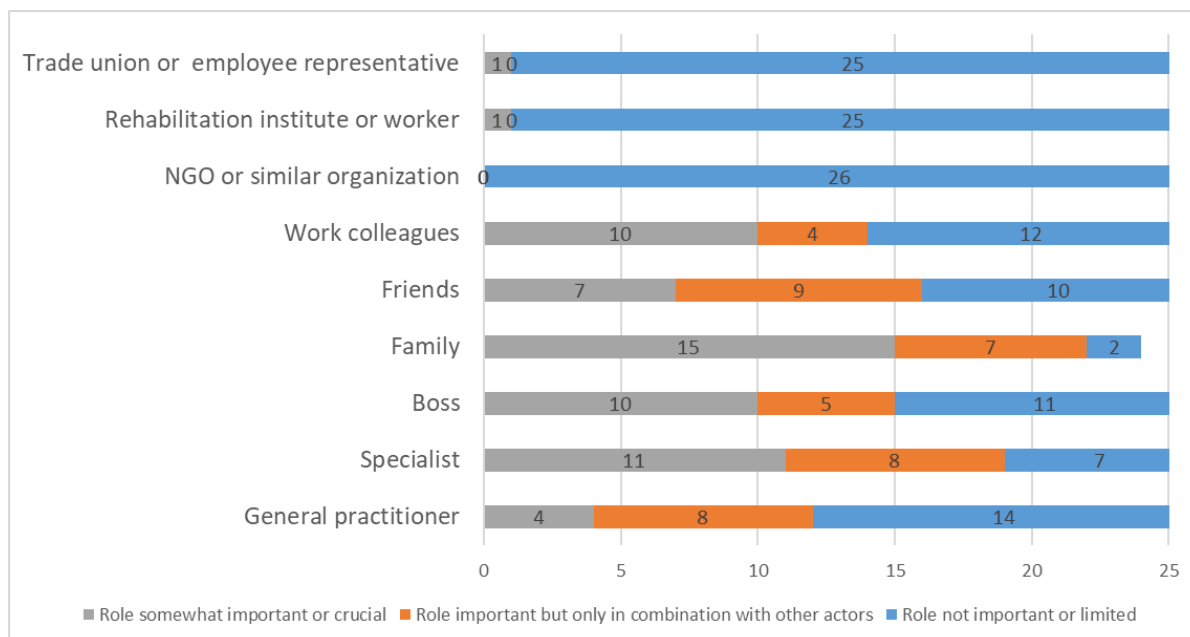
Legendă jos:

Niciun fel de sprijin în vederea adaptării la condiția mea medicală (albastru)  
 Oarecare sprijin în vederea adaptării la condiția mea medicală (portocaliu)  
 Destul de mult sprijin în vederea adaptării la condiția mea medicală (gri)

Studiile au arătat că păstrarea contactului cu un manager și cu colegii este importantă pentru o RLM de succes (McKay, Knott și Delfabbro, 2013; Isaksson at al., 2015). În eșantionul nostru, 82,8% dintre angajați au păstrat legătura cu colegii lor în timpul tratamentului, 40% cu superiorul ierarhic și 20% cu directorul general sau departamentul de RU (N = 35). Doar doi respondenți au păstrat legătura cu sindicatul. Inițiativa de a reveni la muncă pare să nu fie orientată spre muncă, deoarece majoritatea angajaților spun că a fost inițiativa lor personală (70,5%), urmată de inițiativa specialistului care i-a tratat (35,29%), a familiilor lor (14,7%) sau inițiativa șefului (11,7%) (N = 34). Decizia de RLM a fost discutată mai întâi cu medicul specialist (40,6%) și cu familia (37,5%).

În opinia angajaților, RLM pare să fie un subiect cu care se confruntă în principal ei înșiși, familiile și medicii lor. Rolul familiei este considerat cel mai important în începerea procesului de RLM (41,3%), apoi rolul medicului specialist (24,1 %) și rolul colegilor de la locul de muncă (17,2%). Pe de altă parte, angajații au considerat că ONG-urile nu au un rol important în începerea procesului de RLM(96,5%) și nici un institut/asistent medical de reabilitare (89,6%) sau un reprezentant sindical (89,6%) (Figura 4).

**Figura 4. Percepțiile angajaților cu privire la rolul pe care diferiți actori l-au avut pentru a le ușura revenirea în muncă după concediul medical(Q48)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru angajați, calcule proprii, numărul de respondenți: 26.

Legendă stânga:	Legendă jos:
Un reprezentant de sindicat sau alt tip de reprezentant al angajaților	A avut un rol destul de important sau crucial (gri)
Un centru de reabilitare sau un fizioterapeut	A avut un rol important, dar doar în combinație cu alți actori (portocaliu)
Un ONG sau organizație similară	A avut un rol neimportant sau foarte puțin important (albastru)
Colegii de muncă	
Prietenii	
Familia	
Șeful	
Medicul specialist	
Medicul de familie	

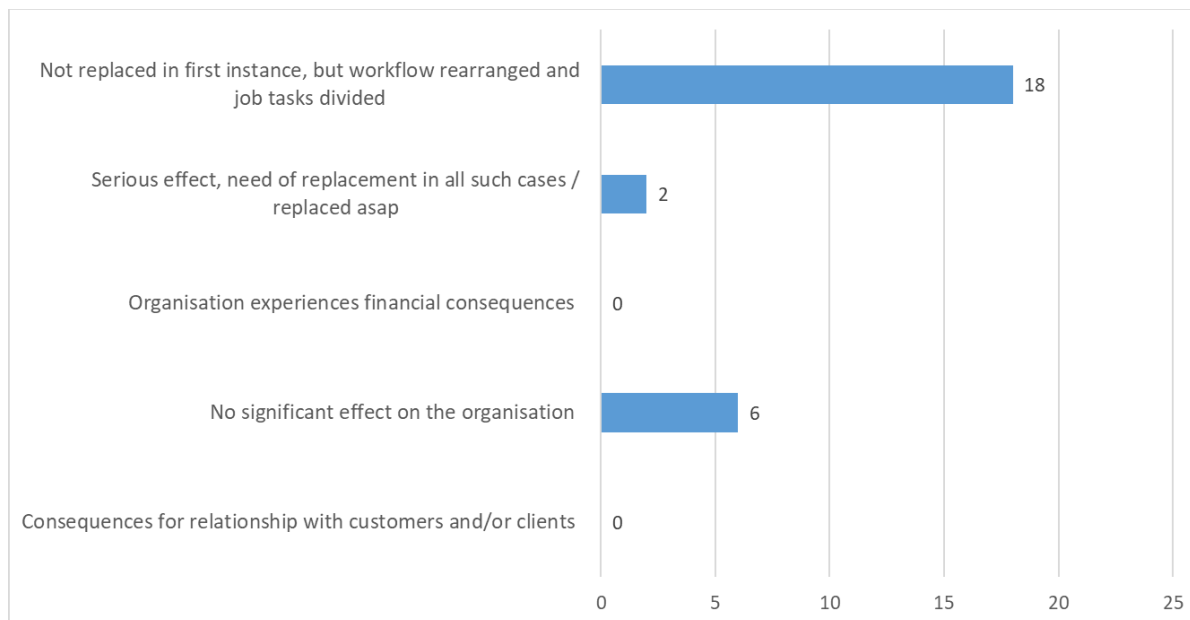
Doar patru respondenți erau în concediu medical la momentul completării chestionarului. Doi dintre ei se așteptau să lipsească de la serviciu între 6 și 12 luni, unul se aștepta să lipsească mai mult de 12 luni, iar altul nu a declarat intenția de a lipsi de la serviciu. De asemenea, o persoană a primit un răspuns de susținere din partea sindicatului. Respondenții au primit un răspuns de susținere sau indiferent de la angajator cu privire la nevoia lor de concediu medical. Toți angajații (N = 4) intenționau să se întoarcă la locul de muncă actual după tratament și unul dintre ei a continuat să lucreze în timpul tratamentului. Pentru trei dintre ei, revenirea pe aceeași poziție a fost garantată. Cei mai mulți dintre ei au apreciat că managerul lor a fost cea mai importantă persoană care a susținut RLM.

#### 4.2 Perspective asupra rolului RU, al superiorilor ierarhici și al altor actori relevanți din companie în procesul de revenire la muncă

În ceea ce privește consecințele pe care absența unui angajat le va avea asupra companiei, 66,6% dintre respondenții la chestionarul adresat companiilor din România (care sunt manageri și directori de RU) ar alege să nu îl înlocuiască, ci să reorganizeze fluxul de lucru și să împartă sarcinile

între ceilalți angajați iar 22,2% au considerat că nu va exista niciun efect semnificativ asupra organizației (Figura 5).

**Figura 5. Percepțiile consecințelor absenței unui angajat asupra organizației (Q12)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru companii , calcule proprii, nr de respondenți:27

Legendă:

Angajatul nu este înlocuit în prima fază, dar derularea activităților este reorganizată și sarcinile de lucru sunt împărțite între ceilalți angajați

Consecințe serioase, este nevoie ca toți acești angajați să fie înlocuiți cât mai repede posibil

Organizația se confruntă cu consecințe financiare

Nu există nicio consecință semnificativă pentru organizație

Consecințe pentru relația pe care o avem cu clienții

În ceea ce privește resursele necesare pentru ca reprezentanții companiei să sprijine angajații aflați în concediu medical, managerii au apreciat consilierea primită de la medici și terapeuți (23,5%), primirea de informații/sfaturi cu privire la tipurile de boli cronice (23,5%), consiliere/cooperare cu asociații profesionale și/sau asociații de pacienți (20,6%) și informații despre adaptarea locului de muncă și a spațiilor de lucru în general (17,7%). Pe de altă parte, managerii au menționat că există o lipsă de informații cu privire la strategiile financiare în gestionarea absenței legate de concediul medical (26,5%) și, de asemenea, o lipsă de consiliere din partea medicilor și terapeuților (23,5%).

Chestionarul relevă rezultate interesante cu privire la atitudinea reprezentanților companiei față de angajații cu boli cronice (Tabelul 10). Reprezentanții companiei nu au fost de acord cu ideea că persoanele care se întorc la locul de muncă după o boală cronică nu își pot îndeplini sarcinile ca înainte (37,5%) și că angajații vor fi mai puțin dedicați muncii lor după ce au fost diagnosticați cu o boală cronică (41,9%). Un procent mare dintre respondenți sunt fie neutri (41%), fie sunt de acord că un angajat care se întoarce la muncă cu sarcini reduse crește volumul de muncă al colegilor (37,5%). Mai mult de jumătate dintre ei au fost de acord cu ideea că un angajat cu o boală cronică este probabil să lipsească de la muncă mai des decât alți angajați (54,2%), totuși, în opinia lor, angajatul ar trebui să aibă dreptul la ajustări ale sarcinilor de muncă timpul și volumul de muncă, la discreția organizației (62,5%), cât și drepturi legale (68%). Reprezentanții companiei au fost exprimat acord sau acord



puternic cu privire la faptul că angajații ar trebui să se întoarcă treptat la muncă cu salariu integral (52,2%). Aceștia au împărțit opinia că managerii superiori nu recunosc dificultățile cu care se confruntă managerii de nivel inferior în ceea ce privește absența și prezența angajaților (39,1%). Ei au considerat că este important să rămână în legătură cu angajatul în timpul absenței sale (68%) și că revenirea la muncă în timpul tratamentului sprijină normalitatea și este încurajată în organizația lor (54,2%).

**Tabelul 10. Atitudinile angajatorilor față de angajații cu boli cronice (Q17) (în procente)**

	Dezacord și dezacord total	Nici acord, nici dezacord	Acord și acord total
Indivizii care se reîntorc la muncă după tratament/boală cronică nu sunt capabili să își realizeze propriile sarcini ca înainte	37.5	29.2	33.3
Angajatul va fi mult mai puțin dedicat muncii după ce a fost diagnosticat cu o boală cronică	41.7	29.2	16.7
Când angajatul revine la muncă și are responsabilități reduse volumul de muncă al colegilor crește	20.8	41.7	37.5
Angajatul cu boală cronică va absenta probabil de la locul de muncă mai des decât ceilalți angajați	16.7	16.7	54.2
Organizația ar trebui să decidă dacă angajatul beneficiază de ajustări ale muncii sale (timp de lucru și volum de lucru).	12.5	25.0	62.5
Angajatul ar trebui să fie legal îndreptățit la ajustări ale muncii sale (timp de lucru și volum de lucru).	20.0	12.0	68.0
Angajații ar trebui să beneficieze de o revenire treptată la locul de muncă, cu plata integrală a salariului	17.4	21.7	52.2
Ar trebui să existe o perioadă mai lungă de concediu medical decât prevede legislația actuală	33.3	29.2	29.2
Managerii de la nivel superior nu cunosc dificultățile pe care le au managerii de la nivel intermediar legat de absența și prezența angajaților	39.1	17.4	30.4
Este important să rămâi în contact cu angajatul pe perioada absenței acestuia	12.0	16.0	68.0
Revenirea la muncă în timpul tratamentului sprijină normalitatea și este încurajată în organizația noastră	25.0	8.3	54.2

Sursa: Chestionarul pentru companii, calcule proprii, nr de respondenți: 26.

În companiile românești, procesul de RLM este gestionat de departamentul de RU (64,2%), superiorul ierarhic/șeful de echipă (25%) și managementul general (7,1%). Respondenții au considerat această situație ca fiind adecvată, dar 32,1% dintre ei au fost în favoarea ideii că, pe lângă departamentul de RU și superiorii ierarhici/șefii de echipă, o comisie dedicată sănătății și securității ar trebui să gestioneze acest proces.

În eșantionul nostru de companii, nu există un plan de adaptare definit pentru fiecare angajat care se întoarce la muncă după o boală de lungă durată (60,7%), nu există o procedură standard comună pentru gestionarea RLM (50,0%) și nu se utilizează un plan de adaptare ad-hoc și flexibil (50,0%). Respondenții au fost împărțiți în mod egal între „da” și „nu” în ceea ce privește posibilitatea unei RLM pe etape în organizația lor (32,14%). Un aspect pozitiv este faptul că companiile cooperează cu alte organizații externe (de exemplu, serviciul de sănătate a muncii) atunci când gestionează situațiile RLM (60,7%). Un participant cheie la un interviu (un profesionist din domeniul sănătății la o instituție de sănătate publică) cu o vastă experiență în ceea ce privește RLM după boli profesionale și accidente de muncă și care este, de asemenea, consultat sau invitat în comitetele de sănătate și siguranță din organizații, a declarat că unii angajatori refuză să facă adaptările necesare, deoarece vor să evite crearea unui precedent pe care și alți angajați ar putea să-l solicite.

Când au fost întrebați ce ar îmbunătăți la procesul de RLM în organizația lor, răspunsurile s-au referit la relațiile interpersonale dintre manageri și angajații care se întorceau din concediul medical pe termen lung (36,6%), politicile organizației (30%), sprijinul legislativ și instituțional (26,6%) și cooperarea cu stakeholderii externi (13,3%).

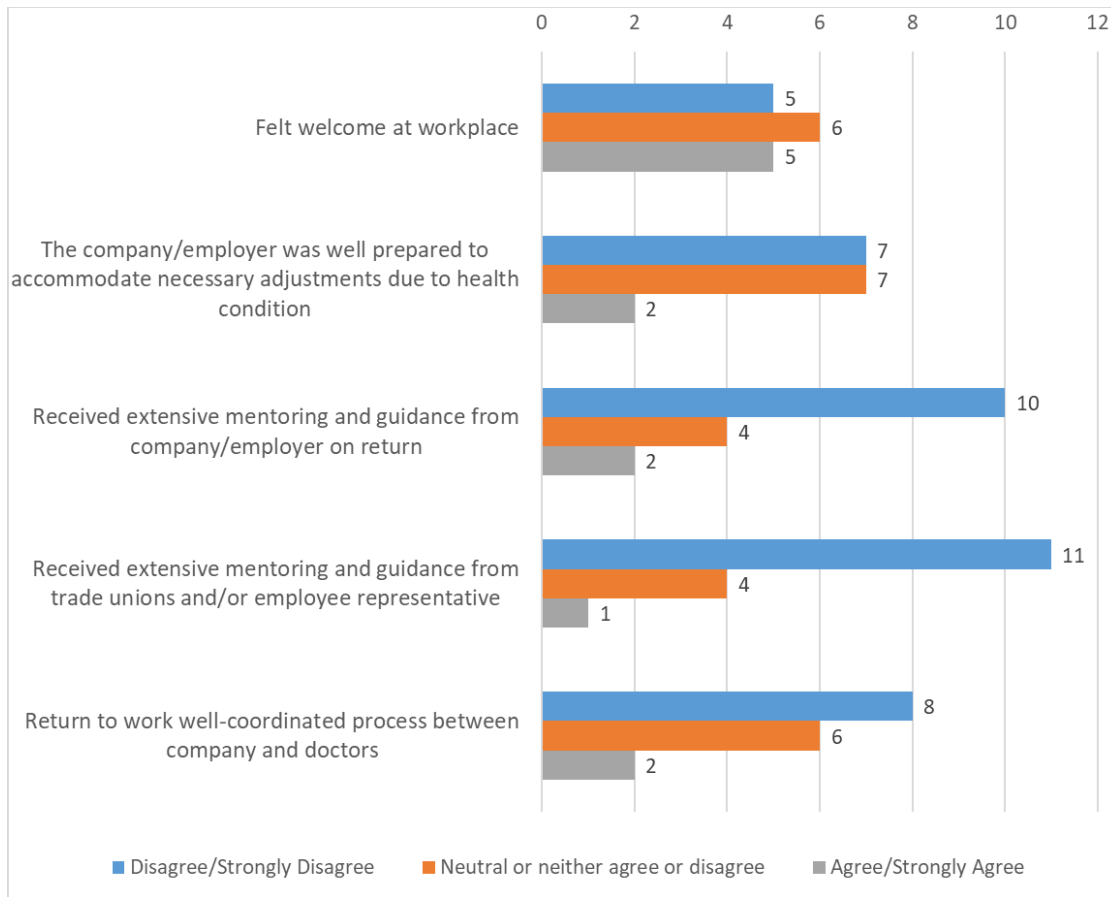
Majoritatea reprezentanților la nivel de companie care au răspuns la chestionar au declarat că există un sindicat sau o altă formă de reprezentare a angajaților în cadrul organizației lor (73,3%), dar RLM nu este abordată în contractele colective de muncă (22,7%), deși unii dintre ei cred că ar trebui să fie (31,8%). În 18,8% dintre companii, RLM este abordată prin contracte colective, iar același procent de companii nu au un contract colectiv (18,2%). În mai mult de două treimi din companii, peste jumătate din angajați sunt sindicalizați (68,2%). Cu toate acestea, nu există nicio consultare cu sindicatele sau reprezentanții angajaților cu privire la problemele legate de RLM (57,1%).

Doar 19% dintre respondenții din companii au fost de acord că există o interacțiune regulată între manageri și sindicate pe probleme de RLM, în timp ce 42,8% au considerat că această interacțiune este ad-hoc și nu una regulată. Cu toate acestea, în 57,1% dintre companii un reprezentant sindical face parte din comisia care se ocupă de securitatea și sănătatea în muncă, care abordează și problemele legate de RLM. Aceștia au fost de acord că acest lucru este important; prin urmare, 61,9% intenționează să includă un reprezentant al angajaților în comisia care se ocupă de securitate și sănătate în muncă. În opinia lor, acest tip de cooperare poate aduce beneficii semnificative pentru companie. Astfel, un procent mare dintre manageri au fost de acord că cooperarea lor cu reprezentanții angajaților pe probleme de RLM poate crește cooperarea în cadrul echipei (52,3%), motivația angajaților (42,8%) și productivitatea muncii (38%) și poate scădea numărul demisiilor (38%). Când această cooperare nu are loc, cele mai frecvente bariere sunt timpul necesar pentru realizarea acestei cooperări și faptul că reprezentanții sindicatelor vin și cu alte cereri privind stipulări de RLM. Cu toate acestea, 28,5% dintre ei nu se așteaptă la provocări.

#### 4.3 Rolul interacțiunilor dintre angajatori și angajați în facilitarea revenirii la muncă

Răspunsurile referitoare la experiența de RLM a angajaților și la interacțiunea lor cu angajatorul sunt fie neutre, fie trasează o imagine destul de negativă (Figura 6). Astfel, 37,5% dintre angajați sunt indeciși privind cât de bineveniți s-au simțit la locul de muncă, și 31,2% optează fie pentru acord, fie pentru dezacord în privința aceluiași lucru. În ceea ce privește cât de bine pregătită a fost compania/angajatorul pentru a facilita adaptările necesare pentru angajat, din nou, același procent de respondenți (43,7%) au fost fie în dezacord, fie au fost neutri. Majoritatea dintre ei (62,5%) nu au primit coordonare și ghidare de la compania / angajatorul lor și chiar mai mulți respondenți (68,7%) nu au primit coordonare și ghidare de la sindicat. Jumătate dintre respondenți au considerat că RLM nu este un proces bine coordonat între companie și medicii lor. Trei sferturi dintre aceștia au declarat că s-au întors pe același post. Alte aspecte legate de interacțiunile angajator-angajat pentru facilitarea RLM au fost discutate în această secțiune.

**Figura 6. Experiențele angajaților cu privire la procesul de revenire la muncă (Q44)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru angajați, calcule proprii, nr de respondenți 16.

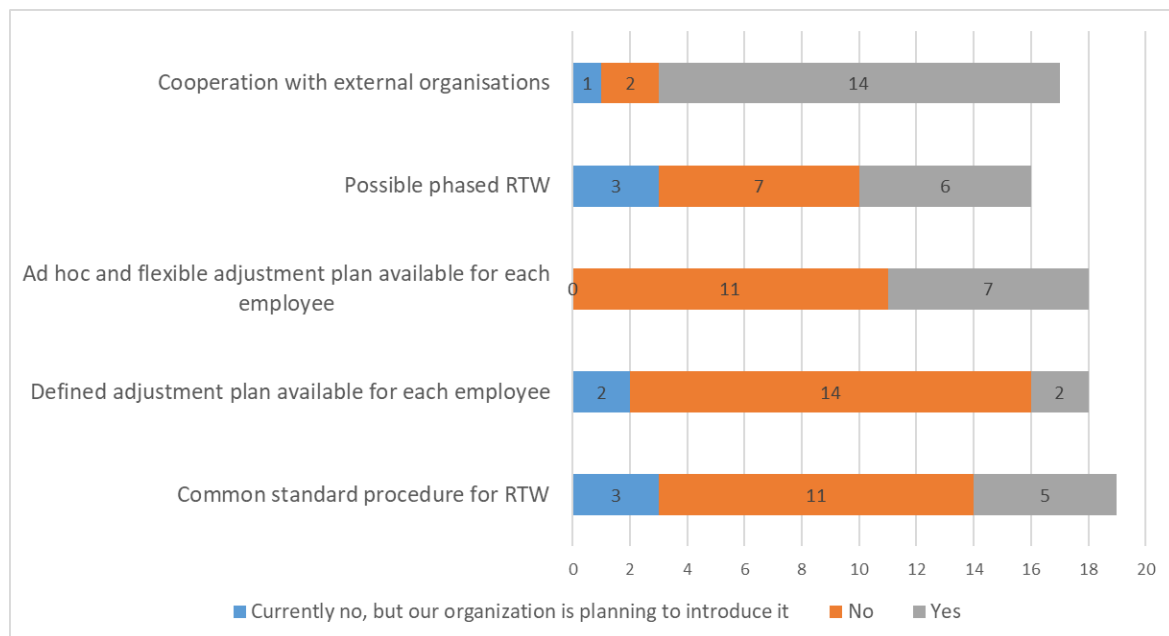
Legendă stânga	Legendă jos
M-am simțit bine primit la locul de muncă	Dezacord/Dezacord total (albastru)
Compania/angajatorul a fost bine pregătit(ă) în a-mi oferi ajustări ale locului de muncă de care am avut nevoie în urma bolii	Neutru, nici acord, nici dezacord (portocaliu)
Am fost coordonat și ghidat în mod extensiv de către sindicat/reprezentantul angajaților în momentul revenirii la muncă	Acord/ Acord total (gri)
Reîntoarcerea mea la muncă a fost un proces bine coordonat de către compania mea și medicii care m-au îngrijit	

O întrebare din chestionarul adresat angajaților le-a permis respondenților să ofere un feedback deschis cu privire la experiența lor legate de RLM. Răspunsurile lor (15 în total) dezvăluie în mare parte experiențe negative. Mai exact, 13 răspunsuri au fost negative și 2 au fost neutre. Răspunsurile negative pot fi plasate pe un continuum, de la experiențe extrem de negative la ușor negative. Experiențele extrem de negative sunt următoarele: „Am avut o experiență oribilă la fostul meu loc de muncă, așa că a trebuit să caut un alt loc de muncă”. „Angajatorul meu, care este unul public, nu-i păsa de boala mea, așa că, după întoarcerea mea, am lucrat la fel de mult ca și ceilalți angajați. În zilele noastre, cu Covid-19, angajatorul meu mă abuzează și discriminează după ce am îndrăznit să spun că el îmi pune viața în pericol și mă expune la acest virus.” „Nu am primit creșterea salarială pe care au primit-o toți ceilalți colegi. Ei [adică angajatorul] mi-au spus că am pierdut această oportunitate.” „Nu am putut să mă întorc pe aceeași poziție. Au refuzat total acest lucru.” Alți angajați au invocat

experiențe ușor negative, cum ar fi întoarcerea la serviciu, dar nevoia de a face față oboselii și epuizării extreme, întoarcerea la locul de muncă fără a fi într-o stare fizică bună, deoarece perioada de concediu medical s-a încheiat sau revenirea la muncă fără a primi nicio formă de sprijin. Două răspunsuri au fost neutre, spunând că momentul în care se face RLM este important și că șeful și colegii au un rol important în RLM.

În ceea ce privește perspectiva managerilor, 57,1% dintre companii au contact regulat cu angajații în timpul concediului medical/absenței de la locul de muncă, 28,5% dintre companii au contact neregulat și 14,3% optează pentru niciun contact. În cadrul eșantionului nostru, 54,2% au o interacțiune formală cu angajații (de exemplu, o procedură stabilită de RU, solicitând în mod oficial rapoarte medicale regulate privind continuitatea muncii), în timp ce 42,9% au interacțiuni informale (de exemplu, apel telefonic, conversație informală, informații indirecte prin intermediul colegilor angajaților). În timpul concediului medical, majoritatea managerilor îi informează pe angajați cu privire la problemele legate de muncă (62,9%) și îi implică în probleme legate de muncă (64,5%). A existat un acord larg cu privire la persoanele care inițiază procesul de RLM în viziunea managerilor. Acestea sunt angajatul (78,7% din cazuri) sau medicii/terapeuții (12,1%).

**Figura 7. Disponibilitatea procedurilor de revenire la muncă la nivel de companie (Q20)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru companii, calcule proprii, nr de respondenți: 24.

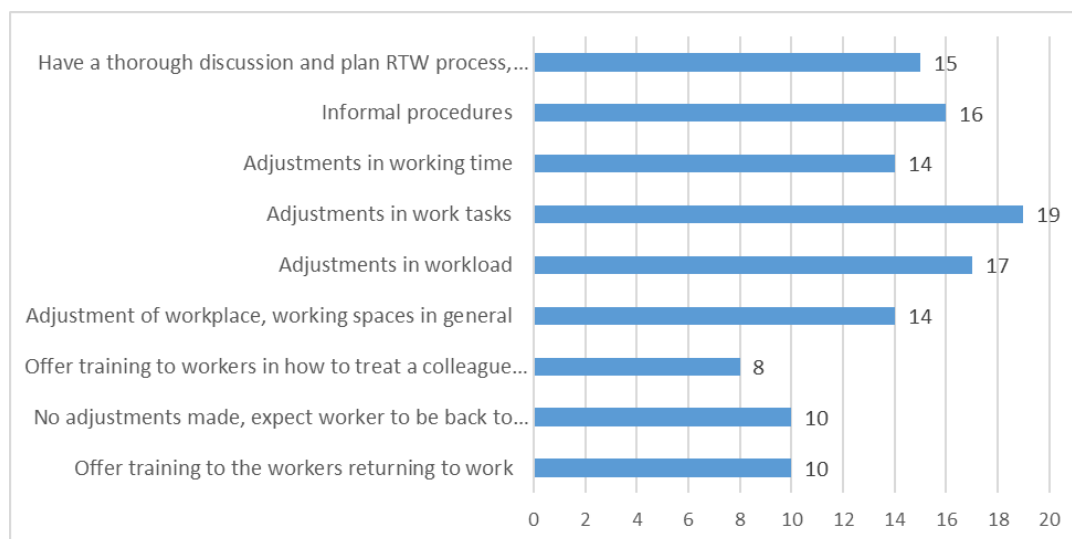
Legendă stânga	Legendă jos
Cooperare cu organizații externe	În prezent nu, dar organizația noastră planuiește să introducă acest lucru (albastru)
Posibilitatea unei RLM treptate	Nu (portocaliu)
Plan de readaptare ad-hoc și flexibil, pentru fiecare angajat	Da (gri)
Plan de readaptare definit, disponibil pentru fiecare angajat	
O procedură standard pentru RLM	

Așa cum este prezentat în Figura 7, companiile românești nu au de obicei proceduri standard legate de RLM. Nici nu utilizează planuri de readaptare definite sau ad-hoc pentru fiecare angajat în această situație, deși este recunoscută necesitatea unor astfel de planuri și proceduri iar unele

companii doresc să le introducă. Cu toate acestea, posibilitatea unei RLM pe etape există la unele dintre ele, deși multe dintre acestea nu au această posibilitate. Cea mai obișnuită practică la companiile românești este cooperarea cu organizații externe pentru gestionarea situațiilor legate de RLM. Din cercetările anterioare știm că aceste organizații/profioniști externi se încadrează în una din cele două categorii: agențiile publice de ocupare a forței de muncă și medicii de medicina muncii.

Având în vedere lipsa procedurilor la nivel de companie pentru RLM, companiile românești compensează prin utilizarea altor modalități de facilitare a reintegrării locului de muncă pentru angajații cu boli cronice (Figura 8). Practica de a purta o discuție înainte de întoarcerea angajatului pare a fi generalizată, întrucât 56,2% dintre managerii din eșantionul nostru au discutat despre RLM într-o astfel de întâlnire, care este informală în majoritatea cazurilor. Actorii la nivel de companie au declarat, de asemenea, că au oferit ajustări în special în privința sarcinilor de muncă și volumului de muncă și mai puțin de jumătate dintre aceștia la timpul de lucru. Jumătate dintre ei au oferit și ajustări ale locului de muncă. Managerii sunt realiști cu privire la productivitatea angajatului după întoarcere și știu că este nevoie de timp pentru a obține o productivitate completă. Mai puțin de jumătate (45%) au spus că oferă training angajaților care se întorc la muncă și, de asemenea, colegilor acestuia pentru a îi pregăti de întoarcerea sa (32%). Toate aceste rezultate susțin concluziile unui alt studiu realizat asupra angajatorilor români (Popa et al, 2020).

**Figura 8. Sprijinul oferit de companie angajatului care revine la muncă (acord și acord total-nr. de răspunsuri) (Q16)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru companii, calcule proprii, nr de respondenți 27.

Legendă
Organizarea unei discuții detaliate și planificarea procesului de reîntoarcere la muncă
Proceduri informale
Ajustări cu privire la timpul de lucru
Ajustări cu privire la sarcinile de muncă
Ajustări cu privire la volumul de muncă
Ajustări ale locului de muncă, spațiilor de lucru în general
Oferirea de training angajaților despre cum să abordeze un coleg în situația RLM
Nici un fel de ajustări
Oferirea unui training celor care revin la muncă

#### 4.4 Experiența legată de bunele practici în facilitarea revenirii la muncă la nivel de companie

Datele din focus grupuri și interviurile individuale arată ceea ce managerii au indicat drept bune practici: menținerea contactului cu angajații în timpul concediilor de boală, conștientizarea nevoilor reale ale angajaților și a fi la curent cu acestea, încurajarea RLM comunicându-le angajaților că sunt valoroși și adaptare condițiilor de lucru pentru o RLM de succes. Alte bune practici indicate sunt imposibilitatea concedierii angajaților bolnavi în timpul concediului medical, obligația de menține posturile deschise până când aceștia se întorc, o perioadă lungă de concediu medical complet plătit pentru unele boli (un an și jumătate pentru cancer, HIV/SIDA, tuberculoză) și o legislație bună privind bolile profesionale (dintre care unele sunt boli cronice).

În mod surprinzător, managerii din focus grupuri au apreciat că cele mai dificile cazuri de readaptare la muncă nu au fost angajații cu cancer, ci cei cu afecțiuni psihice. În opinia lor, dependența de alcool și droguri, precum și depresia sunt cele mai dificile provocări la locul de muncă. Ei cred că recuperarea după sănătatea mintală este destul de lungă și, în majoritatea cazurilor, concediul medical nu este suficient de lung pentru ca recuperarea să fie completă. O altă provocare este că angajații cu dependențe nu recunosc de obicei că au o problemă. Participanții au dezvăluit povești despre eșecul RLM pentru cei cu tulburări de sănătate mintală predispuși la un comportament violent. Au convenit că managerii, în general, trebuie să facă o trecere de la a fi prea concentrați pe ceea ce angajatul nu poate face la ceea ce poate face acesta în companie. Au fost menționate alte lucruri negative din legislație, dar acestea sunt prezentate în secțiunea 3.2.

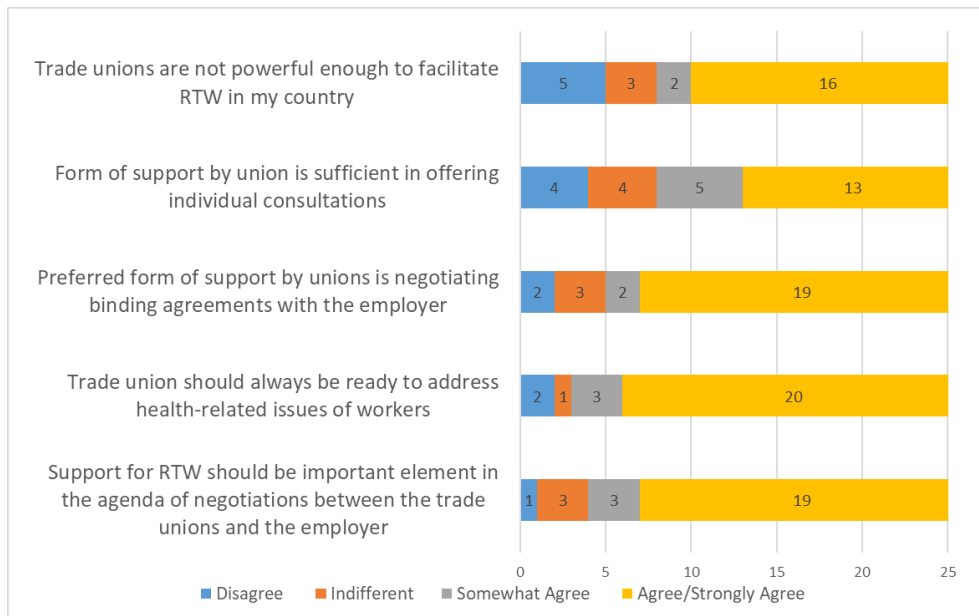
În ceea ce privește aspectele care trebuie îmbunătățite în legătură cu legislația de RLM actuală, 39% au considerat că este nevoie de prevederi mai specifice pentru a ghida organizațiile în RLM și de o legislație mai flexibilă pentru a oferi mai mult spațiu pentru deciziile de management la nivel de companie. Cu toate acestea, 17% dintre respondenți au considerat că nu este necesară nicio modificare a legislației.

O deficiență importantă a legislației române a fost intens discutată în focus grupurile cu angajatorii: situația în care un angajator nu poate oferi un post adaptat (sau o nouă funcție) pentru un angajat care a primit evaluarea „apt condiționat” de la medicul de medicina muncii. În acest caz, angajatorul are obligația legală de a îl trimite la agenția locală de ocupare a forței de muncă și numai după aceea angajatorul are dreptul să îl concedieze. Problema identificată de participanți este că există angajați care și-au pierdut locul de muncă, care nu mai sunt pacienți (prin urmare, nu mai pot primi sprijin financiar pentru invaliditate), dar care sunt prea tineri pentru a se pensiona. De obicei, programele de recalificare profesională durează de la câteva luni la un an sau mai mult și cel mai frecvent nu sunt disponibile, ceea ce împiedică persoanele respective să dobândească noi competențe pentru un alt loc de muncă. Acești oameni nu au nicio soluție pentru situația copleșitoare în care se află. Mulți angajatori din focus grupul nostru au avut astfel de angajați și, din păcate, nu au putut găsi soluții viabile pentru ei. În timpul focus grupului, s-au dezbătut mai multe măsuri pentru o piață a muncii mai activă care ar putea fi introdusă în cadrul politicilor publice. O soluție propusă a fost că astfel de cazuri ar putea fi gestionate de agenția publică pentru ocuparea forței de muncă, totuși reprezentantul acestei instituții a explicat motivul pentru care acest lucru nu este posibil în prezent. O altă soluție a fost înființarea unei agenții care ar putea oferi training pentru formarea de noi competențe și alte forme de sprijin pentru aceștia. Alte sugestii pentru îmbunătățirea legislației sunt prezentate în secțiunea 3.5 a acestui raport.

#### 4.5 Opinii cu privire la potențialul dialogului social pentru a sprijini crearea și implementarea politicilor de revenire la muncă la nivel de companie

O parte importantă a chestionarului adresat angajaților se referă la modul în care aceștia percep rolul sindicatelor în RLM. Un procent mare de respondenți (78,6%) nu s-au gândit la aderarea la un sindicat după diagnosticul recent, pentru a-și susține sau a facilita RLM după tratament. În jumătate din cazuri nu există un sindicat sau orice altă formă de reprezentare a angajaților la locul de muncă. Pentru majoritatea respondenților (83,3%), nu au avut loc negocieri între angajatorul lor și reprezentanții sindicatelor/angajaților cu privire la adaptările sarcinilor și responsabilitățile lor de muncă.

**Figura 9. Opiniile angajaților despre rolul sindicatelor și a dialogului acestora cu angajatorii în facilitarea revenirii la muncă (Q49)**



Sursa: Chestionarul REWIR pentru angajați, calcule proprii, nr de respondenți 26.

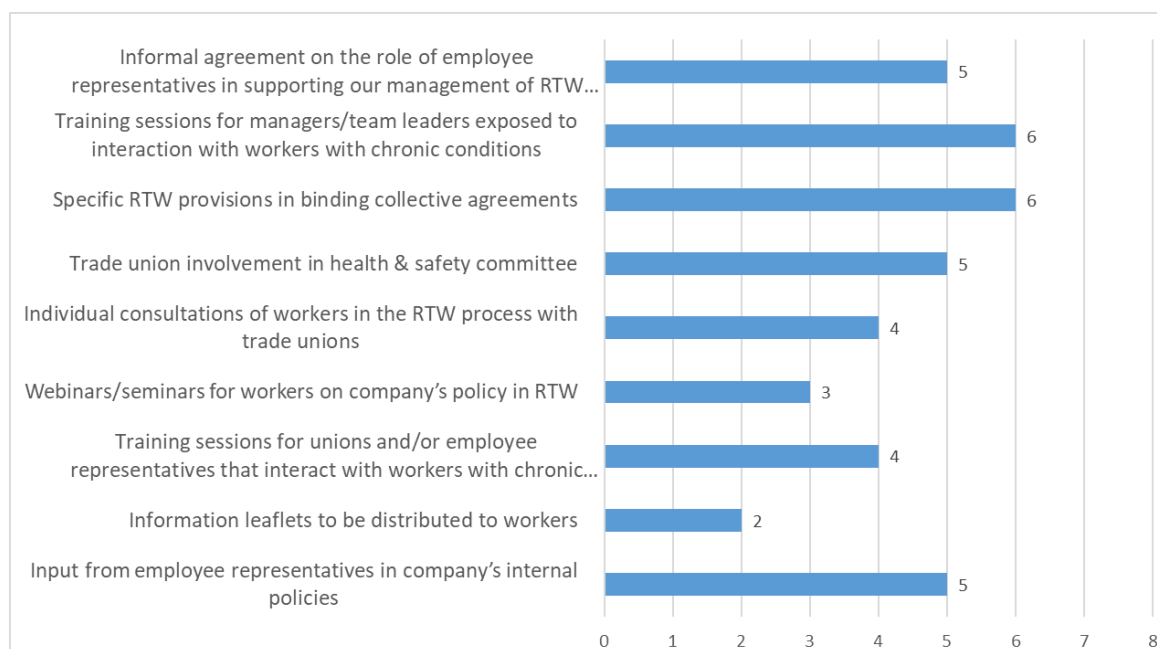
Legendă stânga	Legendă jos
Sindicatelor nu sunt suficient de puternice pentru a facilita RLM în țara mea	Dezacord (albastru)
Oferirea de consultații individuale este o măsură de sprijin suficientă din partea sindicatului	Indiferent (portocaliu)
Forma preferată de sprijin din partea sindicatelor este negocierea unor angajamente obligatorii cu angajatorul, cum ar fi reducerea programului de muncă, a stresului și a încărcării cu sarcini după un concediu medical prelungit	Destul de acord (gri)
Sindicatul ar trebui să fie pregătit să abordeze problemele legate de sănătate ale muncitorilor	Acord/Acord total (galben)
Sprijinul pentru revenirea la muncă ar trebui să fie un element important de pe agenda negocierilor dintre sindicate și patronat	

Privind rolul sindicatelor în procesul de RLM (Figura 9), 75,8% dintre respondenți au fost de acord și total de acord cu faptul că sindicatele ar trebui să fie pregătite să abordeze problemele legate de sănătatea angajaților, 72,4% apreciază că RLM ar trebui să fie pe agenda sindicatelor și același

procentaj a afirmat că această problemă ar trebui abordată prin intermediul unor acorduri obligatorii cu angajatorul. Cu toate acestea, 58,6% au considerat că sindicatele nu sunt suficient de puternice pentru a facilita RLM. Mai mult, 79,31% dintre respondenți nu știau de alte cazuri în care un sindicat s-a dovedit util în facilitarea RLM.

Trecând la nivelul companiei și având legătură cu rezultatele benefice percepute în urma colaborării cu sindicatele (Figura 10), respondenții noștri la chestionarul adresat companiilor au menționat în ordine descrescătoare: includerea prevederilor specifice RLM în contractele colective obligatorii (33,3%) , sesiuni de training pentru manageri/șefi de echipă care interacționează direct cu angajații cu afecțiuni cronice (33,3%), contribuția reprezentanților angajaților cu privire la politicile interne (27,7%), acord informal cu privire la rolul reprezentanților angajaților în sprijinirea managementului în procesul de RLM(27,7%) , implicarea sindicatelor în comisia de sănătate și securitate în muncă (27,7%), organizarea de sesiuni de training pentru sindicate și reprezentanții angajaților pe probleme legate de RLM (22,2%) și posibilitatea de a avea consultări individuale între angajați și sindicate (22,2%).

**Figura 10. Rezultate benefice percepute din interacțiunea cu sindicatele/reprezentanții angajaților la întoarcerea la muncă (Q28)**



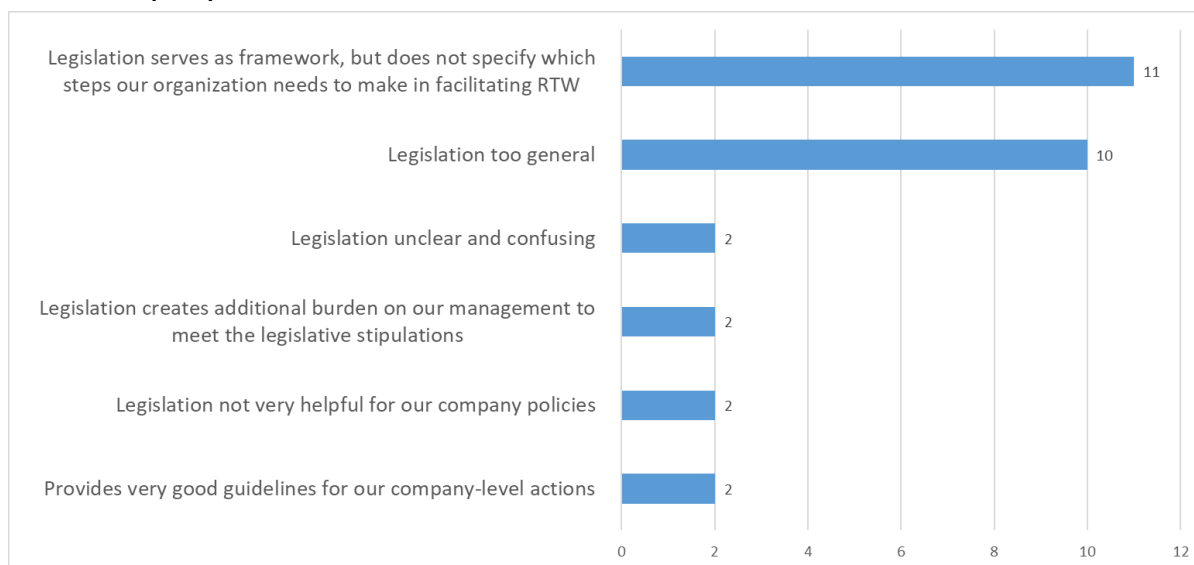
Sursa: Chestionarul REWIR pentru companii , calcule proprii, nr de respondenți 18, multiple răspunsuri posibile

Legendă
Un acord informal asupra rolului reprezentanților angajaților în sprijinirea managementului în procesul de reîntoarcere la muncă
Sesiuni de training pentru managerii/șefii de echipă care interacționează direct cu angajații cu boli cronice
Dispoziții specifice reîntoarcerii la muncă în contractele colective de muncă obligatorii
Implicarea sindicatului în comisia de sănătate și securitate în muncă
Consultări individuale ale angajaților care parcurg procesul de reîntoarcere la muncă cu sindicatele
Webinari/seminarii pentru angajați pentru familiarizarea acestora cu politica companiei privind reîntoarcerea la muncă
Sesiuni de training pentru membrii de sindicate/reprezentanții angajaților care interacționează direct cu angajații cu boli cronice
Pliant cu informații care să fie distribuit angajaților
Contribuții ale reprezentanților angajaților la politicile interne ale companiei



În ceea ce privește modul în care legislația actuală privind RLM este percepută de stakeholderii din organizații, opinia cea mai răspândită este că legislația generală este disponibilă, servind drept cadru, dar aceasta nu are recomandări specifice pentru organizații cu privire la facilitarea RLM (47,8%) (Figura 11). Această opinie, împreună cu percepția că legislația este prea generală (43,4%), indică o nevoie importantă a organizațiilor românești de a avea recomandări legislative mai specifice pentru gestionarea angajaților cu boli cronice. În forma actuală, legislația nu este considerată foarte utilă (8,7%). Doar 8,7% dintre companiile din eșantionul nostru sunt mulțumite de legislația actuală, afirmând că este utilă.

**Figura 11. Sprijinul perceput oferit de legislație organizațiilor în gestionarea revenirii la muncă după boli cronice(Q29)**



Sursa: Chestionarul pentru companii REWIR, calcule proprii, nr de respondenți 24, răspunsuri multiple.

Legendă
Legislația oferă un cadru general, dar nu specifică concret ce pași ar trebui să facă organizația noastră pentru facilitarea reîntoarcerii la muncă
Legislația este prea generală
Legislația este neclară și produce confuzie
Legislația îngreunează suplimentar managementul nostru care este obligat să respecte prevederile
Legislația nu este de ajutor pentru politicile organizației noastre
Oferă linii directoare bune pentru acțiunile de la nivelul companiei noastre

Atât datele calitative, cât și cele cantitative colectate în România identifică nevoia exprimată a managerilor de revizuire a legislației actuale privind RLM. Unii participanți la focus grup au dat exemple de inițiative legate de alte domenii (nu de RLM) prin care au încercat să umple golurile din legislație. Au inițiat măsuri care, în opinia lor, ar fi trebuit propuse de stat. Alți participanți au sugerat că aceasta ar putea fi soluția pentru a compensa cadrul legislativ vechi, care este inadecvat pieței actuale dinamice a forței de muncă, de exemplu să inițieze mici schimbări în companiile lor și să le difuzeze ca exemple de bune practici care mai târziu pot fi generalizate prin programe de stat, ducând astfel la îmbunătățiri ale legislației. Aceste inițiative luate de angajatori ca actori ai dialogului social sunt esențiale și ar trebui cunoscute și promovate.

Chestionarul adresat companiilor relevă aceleași constatări ca și în cazul focus grupului. Un procent semnificativ dintre respondenți (39,1%) ar accepta prevederi legale mai specifice pentru

îndrumarea abordării RLM la nivelul companiei. Aproximativ un sfert dintre respondenți și-au dorit o legislație mai flexibilă care să lase mai mult spațiu pentru deciziile la nivel de companie. O pondere mai mică dintre respondenți (8,7%) ar beneficia de o legislație care lasă mai mult spațiu pentru interacțiunea la nivel de companie cu reprezentanții sindicatelor/angajaților fără rezultate obligatorii pe probleme legate de RLM. Niciunul dintre respondenți nu a optat pentru o legislație care să prevadă reglementări obligatorii pentru RLM. Aproximativ 25% dintre companii au considerat că fie nu este necesară nicio modificare în legislația actuală (17,3%), fie că este suficient ca RLM să facă parte dintr-un set mai larg de legi privind integrarea persoanelor cu boli cronice pe piața muncii ( 8,7%).

## 5 Concluzii

Toate datele colectate în România converg către ideea că revenirea la muncă este o problemă insuficient reglementată de lege, care nu generează suficientă implicare a stakeholderilor. România are un cadru de politici generale pentru concediile de boală, invaliditate și dizabilitate, care prevede roluri pentru angajatori, medici, agenția publică de ocupare a forței de muncă și autoritățile publice, dar mai ales în ceea ce privește beneficiile și termeni generali. În triada dialogului social, statul are cel mai important rol, în timp ce angajatorii și sindicatele au roluri destul de marginale. Percepția stakeholderilor din studiul nostru a fost în concordanță cu această situație, deoarece aceștia consideră că statul are cel mai important rol. În ciuda acestui fapt, datele oferă exemple bune de inițiative pentru facilitarea revenirii la muncă în companii, dovedind că și angajatorii și sindicatele pot avea un rol important. În continuare, vom trage concluzii pentru fiecare categorie relevantă conceptului de revenire la muncă.

**Legislația relevantă privind întoarcerea la muncă.** Cadru legislativ privind concediile de boală, invaliditate și dizabilitate oferă numai orientări generale, în principal în legătură cu prestațiile, eligibilitatea și perioada beneficiilor. Legislația nu conține măsuri sau intervenții specifice pentru a facilita întoarcerea la locul de muncă la sfârșitul perioadei de concediu medical sau a perioadei de invaliditate, deși unele dintre prevederi au în vedere și facilitează într-o oarecare măsură RLM (de exemplu, planul individual de reabilitare medicală, vezi secțiunea 2.2). Sistemul de securitate socială se bazează pe asigurări sociale și asigurări de sănătate și este coordonat de două ministere (sănătate și muncă) și mai multe agenții/servicii de nivel inferior. Mai multe acte legislative reglementează aceste aspecte, iar procesul de solicitare a acestor beneficii este caracterizat de o cantitate considerabilă de birocrație. Un aspect pozitiv al legislației românești este timpul lung pentru concediul medical (1 an sau până la 1,5 ani pentru unele boli, cum ar fi cancerul), care este plătit integral.

Prestația de invaliditate poate fi oferită până când persoana respectivă intră în pensie, dar la fiecare 1-3 ani aceasta este reevaluată de un medic expert al asigurărilor sociale. Mai multe situații pot opri plata prestației, de exemplu nerespectarea de către beneficiar a planului de reabilitare medicală, care este obligatorie în perioada de invaliditate.

Procesul de RLM după concediu medical sau invaliditate are o natură informală (singurul pas formal necesar este o evaluare furnizată de medicul de medicina muncii conform căreia angajatul poate relua munca): nu este planificat, este rar etapizat (o perioadă de muncă cu jumătate de normă urmată de muncă cu normă întreagă) și implică foarte puține obligații formale pentru angajator. Rolurile RLM sunt alocate medicului curant, angajatorului, medicului de medicina muncii și agenției publice de ocupare a forței de muncă locale și nu altor actori. Cu toate acestea, angajatorul are un rol marginal în RLM. Nu există politici active pe piața muncii. Legea prevede dispoziții generale pentru reluarea activității, precum reglementările pentru recuperarea capacității de muncă, reglementările privind avizul medicului de medicina muncii de tipul apt/inapt de a reveni la muncă și prevederile privind unitățile/locurile de muncă protejate și ocuparea asistată a forței de muncă (pentru angajații cu dizabilități), care sunt prezentate în secțiunea 2.2.

**Implicarea partenerilor sociali în revenirea la muncă.** Actorii instituționali la nivel de stat joacă cel mai important rol în RLM. Astfel, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Fondul Național de Pensii Publice și Ministerul Muncii sunt actorii cheie. Pe baza tuturor datelor colectate pentru România, stakeholderii din afara sistemului de stat (asociațiile patronale și reprezentanții sindicatelor) nu sunt implicați în prezent în procesul RLM la adevăratul lor potențial și se consideră actori mai degrabă pasivi, în special în elaborarea politicilor. Mai mult, angajatorii și sindicatele sunt mai degrabă

mulțumite de situație, susținând că statul ar trebui să fie principalul actor, deși angajatorii sunt de acord că ar putea face mai mult pentru facilitarea RLM.

În mod surprinzător, mai mult de jumătate dintre partenerii sociali din eșantionul nostru au evaluat pozitiv cadrul legislativ românesc ca fiind suficient de elaborat, dar lipsit de o bună implementare și executare. Aceștia au convenit că strategia la nivelul UE ar trebui să se reflecte în acest cadru și că există o mulțime de lucruri de făcut înainte de implementarea politicilor de RLM. Cu toate acestea, sindicatele și asociațiile patronale au considerat că nu au avut suficientă putere sau instrumente adecvate pentru a le forma. Constatările noastre subliniază, de asemenea, o metodă preferată de abordare a RLM: o legislație mai concentrată asupra RLM, care ar trebui să ofere suficient spațiu companiilor să pună în aplicare măsuri și inițiative adaptate pentru angajații afectați de acesta.

Toți participanții din studiul nostru au fost de acord că sindicatele și/sau reprezentanții angajaților ar trebui să contribuie la RLM. Situația actuală, așa cum a fost prezentată în chestionare și interviuri, arată puțină implicare a sindicatelor în RLM și o colaborare redusă cu alți actori din cadrul relațiilor industriale. Un pic mai mult de o treime din manageri se consultă cu sindicatele și/sau reprezentanții angajaților cu privire la problemele legate de RLM. De asemenea, acordurile colective de la nivelul companiei abordează RLM numai în 16% dintre companii. În schimb, rolul lor pare să fie mai mult legat de negocierea beneficiilor financiare pentru angajații aflați în situații dificile. Totuși, toți participanții au convenit că sindicatele ar putea deveni niște lideri de opinie mai activi care ar putea crește gradul de conștientizare a problemelor legate de RLM. Reprezentanții angajaților sunt percepuți ca având și mai mult potențial decât sindicatele, deoarece sunt mai flexibili, mai deschiși la discuții și mai pregătiți în a găsi modalități noi și creative de a rezolva problemele de muncă, cum ar fi RLM.

**Perspectivile angajaților asupra revenirii la muncă.** Rezultatele chestionarului pentru angajați arată o situație destul de negativă în ceea ce privește experiențele lor de RLM. În opinia lor, ar trebui să primească sprijin în primul rând de la departamentele de RU, șefii de echipă/superiorii ierarhici și directorul general și, într-o măsură mai mică, de la un medic de medicina muncii, un psiholog sau un sindicat. Rezultatele, însă, arată nemulțumirea față de sprijinul pe care l-au primit de la angajator și chiar mai mult față de cel de la sindicate. Cei mai mulți dintre ei au păstrat contactul cu colegii lor de la locul de muncă, dar mai puțin cu șeful lor direct sau managerul general. Familiile angajaților și medicii lor sunt doi actori cheie care au oferit sprijin și au influențat succesul lor în privința RLM. În ceea ce privește adaptările, aceștia au primit sprijin rezonabil și extins în special timp de lucru flexibil, dar și în ceea ce privește adaptarea mediului de lucru și a sarcinilor/obligațiilor lor de serviciu. Majorității nu i s-a oferit nici o coordonare sau îndrumare din partea angajatorului sau a sindicatului. Feedback-ul deschis pe care l-au oferit cu privire la experiența lor legată de RLM a fost în mare parte negativ, dezvăluind un continuum de experiențe adverse de la indiferență și lipsa de sprijin contra discriminării și abuzului. În opinia angajaților, RLM ar trebui să fie pe agenda sindicatelor, însă experiența actuală arată că sindicatele sunt insuficient implicate.

În concluzie, cu excepția guvernului și a instituțiilor subordonate, restul actorilor (sindicatele, angajatorii, ONG-urile) consideră că au un rol pasiv în RLM și că nu se poate face mai mult pentru a schimba acest status quo. Când propun idei de îmbunătățire, de obicei sugestiile lor se referă încă o dată la stat și legislație și nu la o posibilă implicare din partea lor. Într-adevăr, cel mai bun mod de a îmbunătăți reintegrarea profesională după bolile cronice ar fi să existe o legislație specifică privind RLM cu roluri, pași și rezultate definite. Dar chiar și în absența unei astfel de legislații există modalități de a avansa lucrurile în acest domeniu. În primul rând, rolul sindicatelor și al asociațiilor patronale este esențial, deoarece acestea pot fi „vocea” angajaților cu boli cronice și a angajatorilor lor, care se

confruntă, de asemenea, cu mari dificultăți în ceea ce privește absența de la muncă. Aceste două categorii de stakeholderi au puterea de a canaliza la un nivel superior dificultățile și nemulțumirile angajatorilor și ale angajaților. Prin urmare, această primă oportunitate de schimbare implică eforturile continue ale sindicatelor și asociațiilor patronale de a aduce la cunoștință problemele legate de RLM, chiar și atunci când o schimbare de legislație nu este probabilă în viitorul apropiat. În al doilea rând, o îmbunătățire a situației acestor angajați ar putea fi realizată prin includerea RLM în contractele colective la nivel de companie, cel puțin teoretic. Totuși, așa cum au declarat participanții la focus-grupul cu sindicatele, doar aproximativ o treime dintre companiile românești au acum contracte colective de muncă și dintre acestea, doar aproximativ 5% sunt negociate în cadrul companiei. Ceilalți au un simulacru al unui acord colectiv, care este de obicei foarte scurt. Această situație este o consecință a reformei dialogului social din 2011, care a scăzut dramatic negocierile colective din România. În al treilea rând, interacțiunile dintre angajatori și sindicate/reprezentanții angajaților ar putea fi intensificate, deoarece în prezent există puține consultări între aceștia cu privire la problemele legate de RLM, iar sindicatele sunt implicate mai ales în sprijinirea financiară a angajatului. În prezent, angajații cu afecțiuni cronice au cea mai mare încredere în angajatori în ceea ce privește oferirea sprijinului pentru RLM, dar se așteaptă la o mai mare implicare din partea sindicatelor. În al patrulea rând, oportunitățile pentru schimbarea politicilor în acest domeniu s-ar putea dezvolta și pornind de la inițiativele desfășurate de cercetătorii din domeniu care pot indica, pe baza studiilor lor, cele mai eficiente modalități de a aduce îmbunătățiri. În România, studiile în acest domeniu au început să se acumuleze abia recent. Este esențial ca aceste studii să continue pentru a dobândi cunoștințe despre RLM în contexte politice și sociale specifice, în țările în care astfel de studii nu au fost făcute anterior. Sunt necesare mai multe studii dintr-o perspectivă comparativă la nivelul UE, nu numai pentru țările cu un cadru bine dezvoltat pentru RLM, ci și pentru țările cu cunoștințe științifice limitate în acest domeniu.

## Referințe bibliografice

- Bechter, B., B. Brandl, și G. Meardi (2012), "Sectors or countries? Typologies and levels of analysis in comparative industrial relations", *European Journal of Industrial Relations*, Vol. 18, No. 3, pp. 185–202 (<https://doi.org/10.1177/0959680112452691>).
- Belin, A., C. Dupont, L. Oulès, Y. Kuipers și E. Fries-Tersch (2016), "Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes" EU-OSHA European Agency for Safety and Health at Work (<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state/view>).
- Björnberg, A. și A.Y. Phang (2019), "Euro Health Consumer Index. 2018 Report" Health Consumer Powerhouse Ltd (<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>).
- Bohle, D. și B. Greskovits (2012), *Capitalist Diversity on Europe's Periphery* (1 edition). Cornell University Press.
- Dorobantu, M. (2018), "Raportul de Garda" (<https://raportuldegarda.ro/articol/boli-reumatice-musculo-scheletale-incapacitate-permanenta-munca/>).
- European Commission (2019), "Country Report Romania 2019—2019 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011", European

- Commission ([https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/2019-european-semester-country-report-romania\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-romania_en.pdf)).
- European Trade Union Institute (2020), "National Industrial Relations. Romania—Key figures" (<https://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Romania>).
- Eurostat/Trading Economics (2019), "Romania Long Term Unemployment Rate | 1997-2019 Data | 2020-2022 Forecast | Historical" (<https://tradingeconomics.com/romania/long-term-unemployment-rate>).
- Irastorza, X., M. Milczarek și W. Cockburn (2016), "Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). Overview Report: Managing Safety and Health at Work" European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) ([file:///C:/Users/popaa/Downloads/ESENER2-Overview\\_report.pdf](file:///C:/Users/popaa/Downloads/ESENER2-Overview_report.pdf)).
- Isaksson, J., T. Wilms, G. Laurell, P. Fransson și Y.T. Ehrsson (2015), "Meaning of work and the process of returning after head and neck cancer", *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, Vol. 24, No. 1, pp.205–213 (<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2769-7>).
- McKay, G., V. Knott și P. Delfabbro (2013), "Return to Work and Cancer: The Australian Experience", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 23, No. 1, pp. 93–105 (<https://doi.org/10.1007/s10926-012-9386-9>).
- Dialogul Social Tripartit*, (2020), Resource of Ministerul Muncii și Protecției Sociale (<http://dialogsocial.gov.ro/wp-content/uploads/2019/02/Dialogul-social-tripartit.pdf>).
- Ministerul Sănătății (2017), *Raportul național al stării de sănătate a populației* (<https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/SSPR-2017.pdf>).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), "România: Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea. State of Health in the EU", OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_romania\\_romanian.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_romania_romanian.pdf)).
- Popa, A. E., F. Morândău, R.I. Popa, M.S. Rusu și A. Sidor (2020), "Supporting the Return to Work After Cancer in Romania: Exploring Employers' Perspectives", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 30, No. 1, pp.59–71 (<https://doi.org/10.1007/s10926-019-09846-1>).
- Popa, A. E. și R.I. Popa (2019), "Working as a cancer survivor in Romania: An overview of the statutory policies for return to work", *Disability and Rehabilitation*, Vol. 42, No. 19, pp. 2679-2686 (<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1577498>).
- Popa, A. E., I. Vlase și F. Morândău (2016), "Nongovernment Sector Fighting Cancer in Romania", *Journal of Community Positive Practices*, Vol. 16, No.2, pp. 39-55.
- Stoiciu, V. (2016), "Romania's Trade Unions at the Crossroads" (p. 20). Friedrich-Ebert-Stiftung.