



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 174 (XVIII) — Nr. 708

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 17 august 2006

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
450/825. — Ordin al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului sănătății publice pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.....	1-32

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL MUNCII, SOLIDARITĂȚII SOCIALE ȘI FAMILIEI
Nr. 450 din 6 iunie 2006

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Nr. 825 din 5 iulie 2006

ORDIN

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare

În baza Hotărârii Guvernului nr. 412/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul Hotărârii Guvernului nr. 168/2005 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății*), cu modificările și completările ulterioare,

având în vedere prevederile Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul muncii, solidarității sociale și familiei și ministrul sănătății publice emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data publicării.

Art. 3. — La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și

*) Hotărârea Guvernului nr. 168/2005 a fost abrogată prin Hotărârea Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 590 din 7 iulie 2006.

familiei și al ministrului sănătății nr. 848/1.684/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă

p. Ministrul muncii, solidarității sociale și familiei,
Mihai Constantin Șeitan,
secretar de stat

și boli profesionale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 22 din 7 ianuarie 2005, cu modificările și completările ulterioare.

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

ANEXĂ

NORME METODOLOGICE
de aplicare a Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale,
cu modificările și completările ulterioare

CAPITOLUL I
Dispoziții generale

Art. 1. — Prezentele norme metodologice stabilesc modalitățile de reglementare a unor proceduri, metode și mijloace de aplicare unitară a prevederilor Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. — În sensul prezentelor norme metodologice, următorii termeni se definesc astfel:

a) Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale, denumită în continuare *CNPAS*, care are în subordine casele județene de pensii și Casa de Pensii a Municipiului București, denumite în continuare *case teritoriale de pensii*;

b) Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, denumit în continuare *INEMRCM*;

c) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare *CNAS*;

d) *medic curant* — orice medic cu autorizație de liberă practică valabilă, care își desfășoară activitatea în unități prestatoare de servicii medicale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv cu casele teritoriale de pensii;

e) *servicii medicale* — totalitatea intervențiilor medicale necesare rezolvării unui caz;

f) *referat medical* — formular care atestă diagnosticul clinic, istoricul bolii, starea prezentă de sănătate, tratamentele urmate și planul de recuperare;

g) *program individual de recuperare* — include, pe lângă tratamentul balnear, tratament de fizioterapie, precum și protezarea în ambulatoriu sau spital, după caz;

h) *program de reabilitare medicală* — totalitatea serviciilor medicale prescrise de medicul curant din unitățile prestatoare de servicii medicale;

i) *reabilitare medicală* — totalitatea serviciilor medicale definite în conformitate cu art. 23 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, destinate în exclusivitate

recuperării capacității de muncă și înlăturării deficiențelor cauzate de accidente de muncă și boli profesionale;

j) *fond total de salarii brute* — totalitatea sumelor utilizate de un angajator pentru plata drepturilor salariale sau de natură salarială;

k) *salariile individuale brute realizate lunar, inclusiv sporurile și adaosurile, reglementate prin lege sau prin contractul colectiv de muncă*:

- (i) salariile de bază brute corespunzătoare timpului efectiv lucrat în program normal și suplimentar (inclusiv indexări, compensații — numai cele incluse în salariul de bază conform legii — indemnizații de conducere, salarii de merit și alte drepturi care, potrivit actelor normative, fac parte din salariul de bază);
- (ii) sporurile, indemnizațiile și sumele acordate sub formă de procent din salariul de bază brut sau sume fixe, indiferent dacă au caracter permanent sau nu;
- (iii) sumele plătite din fondul de salarii pentru timpul nelucrat (concedii de odihnă, indiferent de perioada efectuării, concedii de studii, zile de sărbători, evenimente familiale deosebite, întreruperi ale lucrului din motive neimputabile salariaților);
- (iv) sumele acordate cu ocazia ieșirii la pensie, plătite din fondul de salarii;
- (v) premiile anuale și cele din cursul anului sub diferite forme, altele decât cele reprezentând participarea salariaților la profit;
- (vi) drepturile în natură acordate salariaților sub formă de remunerație, dacă acestea sunt suportate din fondul de salarii;
- (vii) sumele plătite din fondul de salarii conform legii sau contractelor colective de muncă (al 13-lea salariu, prime de vacanță, aprovizionare de iarnă, prime acordate cu ocazia sărbătorilor naționale sau religioase etc.);
- (viii) alte adaosuri la salarii, aprobate prin lege sau stabilite prin contractele individuale ori colective de muncă, plătite din fondul de salarii;

l) *unități sanitare cu personalitate juridică* — spitale care au în structură clinici/secții de boli profesionale, cabinete de medicina muncii, precum și Sanatoriul de Boli Profesionale Avrig;

m) *validare* — verificarea, confirmarea de către CNAS a calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a documentelor justificative, a legalității serviciilor medicale și a contravalorii totale sau parțiale a facturilor.

CAPITOLUL II

Raporturile de asigurare și riscuri asigurate

SECȚIUNEA 1

Declarația pe propria răspundere

Art. 3. — În vederea asigurării pentru accidente de muncă și boli profesionale, angajatorul are obligația de a comunica asiguratorului domeniul de activitate, conform Clasificării activităților din economia națională — CAEN, numărul de angajați, fondul de salarii, precum și orice alte informații solicitate în acest scop.

Art. 4. — (1) Comunicarea datelor prevăzute la art. 3 se face pe baza declarației pe propria răspundere a angajatorului, prevăzută în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice.

(2) Declarația pe propria răspundere se depune la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia angajatorul își desfășoară activitatea.

(3) Angajatorii care dobândesc personalitate juridică vor depune declarația pe propria răspundere în termen de 30 de zile de la data înregistrării primului contract de muncă.

Art. 5. — (1) Angajatorii au obligația de a anunța asiguratorul despre modificările datelor de identificare sau ale activității principale stabilite în funcție de numărul cel mai mare de salariați.

(2) Angajatorul are obligația de a depune o nouă declarație pe propria răspundere, în termen de cel mult 15 zile de când au survenit modificările menționate la alin. (1).

Art. 6. — (1) Declarația pe propria răspundere se depune pe suport electronic, însoțită de cea pe suport hârtie.

(2) Declarația pe propria răspundere va purta semnăturile persoanelor autorizate, precum și ștampila angajatorului.

Art. 7. — Nedepunerea la termen a declarației pe propria răspundere, precum și nerespectarea obligației de comunicare a modificărilor survenite în legătură cu datele prevăzute de aceasta constituie contravenții și se pedepsesc în conformitate cu prevederile art. 124 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

SECȚIUNEA a 2-a

Contractul individual de asigurare

Art. 8. — (1) Persoanele prevăzute la art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se pot asigura pentru accidente de muncă și boli profesionale, pe bază de contract individual de asigurare.

(2) Modelul contractului individual de asigurare este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice.

Art. 9. — Orice modificare a datelor prevăzute în contractul individual de asigurare se va comunica în termen de 15 zile de la data când a survenit.

Art. 10. — Nerespectarea obligației de comunicare a modificărilor contractului individual de asigurare este asimilată situațiilor prevăzute la art. 7 și se sancționează în conformitate cu prevederile legale.

Art. 11. — În termen de 10 zile de la modificarea cadrului legal privind contractul individual de asigurare, casele teritoriale de pensii au obligația să comunice în scris asiguraților natura și data de la care survin modificările.

Art. 12. — (1) Contractul individual de asigurare se poate rezilia oricând pe durata derulării acestuia, la inițiativa asiguratului.

(2) Contribuția pentru accidente de muncă și boli profesionale neachitată, precum și dobânzile și penalitățile aferente se urmăresc conform legislației privind creanțele bugetare.

CAPITOLUL III

Prestații și servicii de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Art. 13. — În conformitate cu prevederile art. 19 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, asigurații au dreptul la următoarele prestații și servicii:

- a) reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă;
- b) reabilitare și reconversie profesională;
- c) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă;
- d) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- e) compensații pentru atingerea integrității;
- f) despăgubire în caz de deces;
- g) rambursare de cheltuieli.

Art. 14. — (1) Asiguratul are dreptul la tratament medical corespunzător leziunilor și afecțiunilor cauzate de accidente de muncă sau boli profesionale, servicii și produse pentru reabilitare medicală și recuperarea capacității de muncă, denumite în continuare *servicii medicale*.

(2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) sunt acordate de unitățile sanitare, denumite în continuare *furnizori de servicii medicale*, care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și/sau cu casele teritoriale de pensii.

(3) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru cazurile de accidente de muncă și boli profesionale, se decontează conform prevederilor prezentelor norme metodologice.

(4) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1), acordate de unitățile sanitare cu personalitate juridică pentru cazurile de boli profesionale, se decontează conform Procedurii de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, stabilită potrivit anexei nr. 3, conform listelor P1 din anexa nr. 4 și P2 din anexa nr. 5, precum și conform anexei nr. 6 cuprinzând definițiile formulelor de calcul utilizate. Modelul de contract se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS.

(5) Dispozitivele medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, vor fi asigurate de INEMRCM, prin personal propriu sau prin terți.

(6) Dispozitivele medicale prevăzute la alin. (5) sunt cele stabilite în lista dispozitivelor medicale din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(7) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se stabilesc prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și prin lista serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică și care sunt destinate asigurării reabilitării medicale și recuperării capacității de muncă, în conformitate cu prevederile Legii nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(8) Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente pentru cazurile de boli profesionale și accidente de muncă sunt prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

SECȚIUNEA 1

Reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă

Art. 15. — (1) Acordarea serviciilor medicale prevăzute la art. 23 alin. (2) și la art. 116 alin. (2) lit. i) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 și pentru care se continuă reabilitarea medicală se va efectua cu respectarea dispozițiilor prezentelor norme metodologice.

(2) Pentru cazurile de boli profesionale confirmate anterior datei de intrare în vigoare a Legii protecției muncii nr. 90/1996, solicitantul trebuie să depună o adeverință de confirmare a înregistrării în Registrul de boli profesionale, emisă de direcțiile de sănătate publică.

(3) Pentru solicitările la care nu există fișe BP2 sau adeverința de confirmare emisă de direcția de sănătate publică, casele teritoriale de pensii nu efectuează decontări.

Art. 16. — (1) Reabilitarea medicală prevăzută pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale presupune acordarea unor servicii medicale cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază acordat în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în lista

serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(2) Furnizorii de servicii medicale vor înainta, în vederea decontării conform legii, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative ale serviciilor medicale, pentru fiecare persoană asigurată.

(3) Pentru serviciile acordate în unități sanitare cu personalitate juridică în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, unitățile sanitare respective vor emite, în vederea decontării, câte o factură și documente justificative aferente, pentru fiecare caz tratat în parte.

(4) Serviciile medicale pentru tratamentul medical ambulatoriu prescris de medicul curant, precum și analizele medicale și medicamentele se vor tarifa în conformitate cu prevederile legale în vigoare din sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Tarifele medicale aferente serviciilor medicale pentru reabilitarea medicală sunt cele stabilite în conformitate cu prevederile legislației în vigoare privind asigurările sociale de sănătate.

(6) Decontarea serviciilor medicale acordate asiguraților se va face numai pentru acele servicii generate de caracterul de muncă al accidentului sau al bolii și numai după confirmarea acestora, cu excepția situațiilor prevăzute la art. 135 alin. (5) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(7) În vederea acordării serviciului medical, asiguratul are obligația de a respecta programul de reabilitare medicală, stabilit de medicul curant al furnizorului de servicii medicale.

(8) Nerespectarea acestui program atrage suspendarea drepturilor la prestații medicale.

Art. 17. — (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația ca, în termen de 5 zile lucrătoare de la acordarea serviciilor medicale, să transmită caselor teritoriale de pensii un referat medical privind starea de sănătate a bolnavului și indicațiile de tratament ulterioare pentru alte unități medicale, după caz.

(2) Medicul curant este obligat să completeze referatul medical prevăzut la alin. (1) și este răspunzător de veridicitatea și exactitatea informațiilor cuprinse în acesta.

(3) Modelul referatului medical este prevăzut în anexa nr. 7 la prezentele norme metodologice.

Art. 18. — (1) CNPAS, prin casele teritoriale de pensii, va efectua decontarea serviciilor medicale prevăzute la art. 14 alin. (1) și (4) către CNAS, prin casele de asigurări de sănătate, pentru fiecare persoană asigurată, în funcție de:

a) confirmarea caracterului de muncă al accidentelor și bolilor prin proces-verbal de cercetare, formularul pentru înregistrarea accidentului de muncă (*FIAM*) sau fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 ori adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică, elaborate conform prevederilor prezentelor norme metodologice și Normelor metodologice privind comunicarea, cercetarea, înregistrarea, raportarea, evidența accidentelor de muncă și declararea, confirmarea,

înregistrarea, raportarea, evidența bolilor profesionale, precum și a celorlalți indicatori care definesc morbiditatea profesională, aprobate prin Ordinul ministrului muncii și protecției sociale nr. 388/1996 privind aprobarea normelor metodologice în aplicarea prevederilor Legii protecției muncii nr. 90/1996, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 249 din 15 octombrie 1996, cu modificările ulterioare;

b) documentele justificative, respectiv factura și desfășurătorul activităților realizate de către furnizorii de servicii medicale, pentru asigurații care au beneficiat de servicii medicale ca urmare a accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale.

(2) Decontarea între casele teritoriale de pensii și unitățile sanitare cu personalitate juridică se face în condițiile prevăzute la alin. (1).

(3) Casa teritorială de pensii sau, după caz, compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM are dreptul de verificare a documentelor justificative, de monitorizare pe timpul tratamentului și de refuz de plată în condițiile în care serviciile medicale contravin prevederilor legale în vigoare.

(4) În vederea decontării cheltuielilor pentru serviciile medicale, CNAS, prin casele de asigurări de sănătate, va depune facturile și desfășurătoarele aferente serviciilor realizate de către furnizorii de servicii medicale, stabilite la alin. (1) lit. b), la casa teritorială de pensii din județul respectiv.

(5) La sfârșitul fiecărei luni, casele teritoriale de pensii comunică caselor de asigurări de sănătate codurile numerice personale și numele cazurilor care au primit confirmare de accident de muncă sau boală profesională.

(6) Termenul de depunere a documentelor de plată este data de 25 a lunii următoare celei în care s-a primit de casa de asigurări de sănătate confirmarea caracterului de muncă al accidentului sau al bolii.

(7) Decontarea documentelor prevăzute la alin. (6) se va face în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii acestora la casa teritorială de pensii, în condițiile îndeplinirii criteriilor prevăzute la alin. (1).

(8) Pentru situațiile în care unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, emit facturi pentru tratarea bolilor al căror caracter profesional nu se confirmă, costurile aferente vor fi suportate de către casele teritoriale de pensii ulterior validării documentelor de către casele de asigurări de sănătate, urmând ca în termen de 30 de zile de la înaintarea documentelor justificative casele de asigurări de sănătate să deconteze contravaloarea serviciilor medicale efectuate.

(9) Casele teritoriale de pensii vor înainta spre validare caselor de asigurări de sănătate, până în data de 5 a lunii următoare celei pentru care urmează să se facă decontarea serviciilor medicale, lista cuprinzând CNP-urile pacienților internați în clinicile/secțiile de boli profesionale, reprezentând cazuri la care s-a înfirmat caracterul

profesional al bolii, precum și facturile și documentele justificative aferente.

(10) Validarea se va realiza în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor de către casele de asigurări de sănătate.

(11) În termen de 5 zile de la data validării casele de asigurări de sănătate comunică caselor teritoriale de pensii CNP-urile pacienților, contravaloarea facturilor, precum și documentele justificative validate.

(12) Pentru situațiile prevăzute la alin. (8), procedura de validare se aplică de către casele de asigurări de sănătate, iar suportarea costurilor de către casele teritoriale de pensii se va face ulterior acesteia.

(13) În vederea decontării serviciilor medicale prevăzute la alin. (8), casele teritoriale de pensii transmit lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei pentru care urmează să se facă decontarea serviciilor medicale, către casele de asigurări de sănătate, documentele justificative aferente serviciilor medicale realizate de către unitățile sanitare cu personalitate juridică.

(14) În baza documentelor validate de către casele de asigurări de sănătate, casele teritoriale de pensii decontează către furnizorii de servicii medicale contravaloarea prevăzută în aceste documente.

(15) Desfășurătoarele menționate la alin. (1) lit. b) și alin. (4) sunt desfășurătoarele aferente serviciilor medicale realizate de către furnizorii de servicii medicale reglementate de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(16) Tratamentul prescris de medicul de medicina muncii se comunică medicului de familie prin scrisoare medicală.

(17) Medicul de familie raportează lunar numărul și valoarea prescripțiilor medicale prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii.

(18) Pe baza centralizării datelor transmise de medicul de familie, casa de asigurări de sănătate transmite casei teritoriale de pensii, până la data de 25 a lunii următoare celei în care s-a realizat prescrierea, solicitarea de decontare care se va realiza în termen de 30 de zile.

Art. 19. — (1) Contravaloarea serviciilor medicale corespunzătoare cazurilor de boli profesionale confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005 sau contravaloarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale ori fizice pentru cazurile de accidente de muncă sau boli profesionale, confirmate anterior datei de 1 ianuarie 2005, acordate conform prezentelor norme metodologice, se suportă din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei.

(2) Modalitatea de decontare a cheltuielilor prevăzute la alin. (1) se va stabili prin ordin al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei.

Art. 20. — (1) Tratamentele de recuperare prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. c), d) și e) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, necesare ulterior

externării asiguraților, trebuie analizate și avizate de către medicul expert al asigurărilor sociale din serviciul de expertiză medicală din cadrul caselor teritoriale de pensii.

(2) Biletele pentru tratament balnear, prevăzute la art. 25 alin. (3) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se vor acorda în conformitate cu criteriile în baza cărora se acordă biletele pentru tratamentul balnear, stabilite prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 21. — Chirurgia reparatorie este destinată numai cazurilor care presupun refacerea capacității de muncă, a cărei pierdere a rezultat ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale confirmate.

Art. 22. — (1) Asiguratul beneficiază, la cerere, de acordarea ajutoarelor pentru procurarea dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice pentru cazurile de accidente de muncă ori boli profesionale, potrivit prevederilor art. 24 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Cererea se adresează casei teritoriale de pensii pe raza căreia asiguratul își are domiciliul și va fi însoțită de recomandarea medicului curant.

(3) Modelul cererii pentru acordarea de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(4) După primirea cererii și a recomandării medicului curant, fiecărui asigurat i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă documentele menționate, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

(5) În cazul în care unui asigurat îi încetează contractul de muncă, respectiv contractul de asigurare, i se acordă dreptul la servicii medicale doar dacă face dovada cu documente medicale, conform legii, că este victima unei boli profesionale cauzate de factori de risc specifici locului/locurilor de muncă în care a fost angajat.

Art. 23. — Nivelul de decontare a dispozitivelor prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.229/2005.

Art. 24. — (1) Cererile prevăzute la art. 22 alin. (2) se analizează și se soluționează de către casa teritorială de pensii.

(2) Prin decizie motivată cererea se poate admite, total sau parțial, ori se poate respinge.

(3) Termenul de soluționare a cererilor este de 30 de zile de la data înregistrării.

Art. 25. — Casa teritorială de pensii va comunica asiguratului modalitatea prin care poate intra în posesia

acestor prestații, conform anexei nr. 9 la prezentele norme metodologice.

Art. 26. — (1) Pentru decontarea contravalorii dispozitivelor medicale în vederea corectării și recuperării deficiențelor organice, funcționale sau fizice, în cazurile prevăzute la art. 23 alin. (2) lit. f) și la art. 24 alin. (2) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, solicitanții vor depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își au domiciliul o cerere, conform modelului prevăzut în anexa nr. 8 la prezentele norme metodologice.

(2) Solicitantul va atașa la cerere următoarele acte:

a) FIAM sau, pentru cazurile când acesta nu există, procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului sau adeverință de confirmare a înregistrării accidentului de muncă la inspectoratul teritorial de muncă;

b) fișa de declarare a cazului de boală profesională BP2 sau adeverința de confirmare de la direcția de sănătate publică;

c) recomandarea medicului curant.

(3) Pentru accidentele de muncă sau bolile profesionale petrecute anterior aplicării Legii nr. 3/1964, constituie dovadă a accidentului de muncă sau boală profesională orice act oficial emis de către o autoritate competentă.

(4) Acordarea prestațiilor prevăzute la alin. (1) se va efectua cu respectarea prevederilor art. 23, 24 și 25.

Art. 27. — (1) Furnizorii de servicii medicale au obligația de a informa, de îndată, casa teritorială de pensii, în cazul în care asiguratul nu respectă programul individual de recuperare stabilit.

(2) Personalul cu atribuții din cadrul casei teritoriale de pensii verifică și constată respectarea de către asigurat a programului individual de recuperare.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de recuperare stabilit, personalul cu atribuții al casei teritoriale de pensii propune suspendarea serviciilor pentru reabilitarea medicală și recuperarea capacității de muncă a asiguratului, în conformitate cu prevederile art. 26 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(4) În cazul în care asiguratul nu urmează sau nu respectă programul individual de recuperare din motive care îi sunt imputabile, casa teritorială de pensii este exonerată de orice răspundere în ceea ce privește deteriorarea stării de sănătate a acestuia.

(5) Reluarea programului individual de recuperare medicală care a fost suspendat din cauze imputabile asiguratului se poate executa la solicitarea scrisă a acestuia, dar cu condiția suportării de către acesta a tuturor costurilor suplimentare generate de întreruperea programului.

(6) Reluarea programului individual de recuperare medicală va fi aprobată de casa teritorială de pensii, la solicitarea motivată a asiguratului.

SECȚIUNEA a 2-a

Reabilitare și reconversie profesională

Art. 28. — Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, care, deși nu și-a pierdut complet capacitatea de muncă, nu mai poate desfășura activitatea pentru care s-a calificat, beneficiază, la cerere, de cursuri de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 29. — (1) Pentru crearea condițiilor necesare efectuării cursurilor prevăzute la art. 29 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, casele teritoriale de pensii au obligația ca anual să încheie contracte cu furnizorii de formare profesională autorizați, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă, autorizați conform reglementărilor în vigoare.

(2) Contractele dintre casele teritoriale de pensii și furnizorii de formare profesională, precum și cu furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă se vor efectua cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

(3) Modelul contractelor prevăzute la alin. (1) va fi stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 30. — (1) În vederea aprobării participării la cursurile de recalificare sau reconversie profesională, asiguratul trebuie să depună o cerere la sediul casei teritoriale de pensii pe raza căreia își are domiciliul.

(2) Modelul cererii de participare la cursul de recalificare sau reconversie profesională este prevăzut în anexa nr. 10 la prezentele norme metodologice.

Art. 31. — După primirea cererii, asiguratului i se va întocmi un dosar care va cuprinde, pe lângă cerere, și copii ale procesului-verbal de cercetare, FIAM sau fișa BP2, după caz.

Art. 32. — (1) În termen de 15 zile de la primirea cererii, asiguratului i se vor comunica instituția și data la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

(2) Comunicarea locului și datei la care va avea loc aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale se va face prin invitație scrisă, conform anexei nr. 11 la prezentele norme metodologice.

Art. 33. — (1) După aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, furnizorii de servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă autorizați au obligația să transmită casei teritoriale de pensii concluziile examinării, împreună cu propunerile legate de activitățile pe care asiguratul le mai poate efectua.

(2) Comunicarea concluziilor se va face în termen de 5 zile de la data efectuării examinării, sub forma unui referat.

Art. 34. — (1) În termen de 15 zile de la primirea concluziilor, pe baza dosarului și a concluziilor aprecierii stării fizice, mentale și aptitudinale a asiguratului, directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea, prin decizie motivată.

(2) Decizia va cuprinde propuneri privind unul sau mai multe cursuri de reconversie profesională, furnizorul

acestora, programul de instruire, precum și modalitatea de absolvire.

Art. 35. — (1) Decizia se comunică asiguratului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(2) Asiguratul poate accepta sau refuza propunerea casei teritoriale de pensii, în termen de 15 zile de la primirea acesteia.

Art. 36. — În cazul în care asiguratul acceptă propunerile casei teritoriale de pensii, acestuia i se vor comunica furnizorul de formare profesională, locul și data începerii cursului, în termen de 5 zile de la stabilirea acestora, prin invitație scrisă, conform anexei nr. 12 la prezentele norme metodologice.

Art. 37. — Dacă asiguratul refuză cursurile propuse de casa teritorială de pensii, acesta își pierde dreptul la prestații privind reabilitarea și reconversia profesională.

Art. 38. — (1) Asiguratul are obligația de a respecta programul de instruire stabilit de organizatorul acestuia.

(2) Nerespectarea programului de instruire de către asigurat atrage întreruperea efectuării acestuia, precum și suspendarea dreptului la indemnizație.

Art. 39. — Asiguratul are dreptul la o singură examinare finală gratuită a cursului de reabilitare sau reconversie profesională.

Art. 40. — Furnizorii de formare profesională au obligația de a anunța orice încălcare de către asigurat a programului de instruire profesională.

Art. 41. — Pe durata cursurilor, asiguraților li se acordă o indemnizație în conformitate cu prevederile secțiunii a 3-a din prezentul capitol.

SECȚIUNEA a 3-a

Indemnizațiile prevăzute de Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare

Art. 42. — În sistemul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se acordă următoarele tipuri de indemnizații:

- a) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă;
- b) indemnizație pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
- c) indemnizație pentru reducerea timpului de muncă;
- d) indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională.

Art. 43. — (1) Indemnizațiile se calculează și se plătesc de către angajatori și se deduc din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

(2) Casele teritoriale de pensii preiau în plată numai indemnizațiile prevăzute la art. 42 pentru persoanele al căror angajator și-a încetat activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, pentru persoanele asigurate prin contract individual, precum și pentru persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj.

(3) Pentru situațiile în care angajatorul își încetează activitatea, în condițiile legii, prin faliment, reorganizare judiciară sau administrativă, acesta are obligația de a

transmite către casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul toate actele doveditoare din care să reiasă această stare de fapt.

(4) Prevederile alin. (2) se aplică și în situația în care a expirat termenul pentru care a fost încheiat contractul individual de muncă, a expirat termenul pentru care a fost exercitată funcția publică ori a expirat mandatul în baza căruia s-a desfășurat activitate în funcții electivă sau în funcții numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești.

Art. 44. — (1) Indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale se plătesc pe baza cererii-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, și a celorlalte acte prevăzute de reglementările legale în vigoare, exclusiv indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă, pentru a cărei acordare nu este necesară completarea cererii-tip.

(2) În vederea obținerii drepturilor privind indemnizațiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, asigurații conform art. 6 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, vor completa cererea-tip prevăzută la alin. (1) pentru toate situațiile, fără excepție.

(3) În afara cererii-tip prevăzute la alin. (1), pentru obținerea indemnizațiilor mai sunt necesare următoarele documente:

a) certificatul de concediu medical;

b) procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă;

c) FIAM sau procesul-verbal avizat de inspectoratul teritorial de muncă ce a confirmat caracterul de muncă al accidentului, respectiv fișa BP2, după caz.

(4) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (2), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune certificatul de concediu medical, copie de pe carnetul de șomer vizat la zi, după caz, și o cerere-tip conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice.

(5) Pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (4), solicitantul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă va depune o cerere-tip, conform modelului prevăzut în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, însoțită de certificatul de concediu medical și de copia contractului individual de muncă.

(6) Cererea prevăzută la alin. (4) și (5), pentru situațiile prevăzute la art. 43 alin. (2) și (4), se va depune la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are sediul angajatorul sau la casa teritorială de pensii pe raza căreia își are domiciliul solicitantului.

Art. 45. — Cererea-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale se depune la casele teritoriale de pensii:

a) de către angajatori și instituția care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj, odată cu Declarația privind evidența nominală a asiguraților și a

obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat;

b) de către celelalte categorii de asigurați, la data solicitării prestației.

Art. 46. — Cererea prevăzută la art. 45 se aprobă sau se respinge prin decizie motivată a directorului executiv al casei teritoriale de pensii, în termen de cel mult 30 de zile de la înregistrarea acesteia. Decizia se comunică atât asiguratului, cât și angajatorului.

Art. 47. — (1) Sumele reprezentând indemnizații care se plătesc de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice se rețin de către acesta din contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată pentru luna respectivă.

(2) Indemnizațiile se plătesc pentru numărul de zile lucrătoare din duratele exprimate în zile calendaristice ale concediilor medicale sau pentru numărul de zile lucrătoare din perioada în care persoana asigurată urmează cursuri de reconversie profesională, beneficiază de reducerea timpului normal de muncă sau de trecerea temporară în alt loc de muncă.

(3) Sumele reprezentând indemnizații plătite de către angajator asiguraților potrivit prevederilor prezentelor norme metodologice, care depășesc cuantumul contribuției datorate de acesta în luna respectivă, se recuperează din fondul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale de la casa teritorială de pensii pe raza căreia se află sediul sau domiciliul acestuia.

(4) Indemnizațiile pe care angajatorii le achită fără îndeplinirea condițiilor legale și pe care aceștia le decontează cu sistemul asigurărilor pentru accidente de muncă și boli profesionale reprezintă sume încasate necuvenit, care constituie debite ce urmează să fie recuperate potrivit reglementărilor legale în vigoare.

Art. 48. — În cazul asigurărilor care se regăsesc în două sau mai multe dintre situațiile prevăzute la art. 5, 6 și 7 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, și care desfășoară activitate la mai mulți angajatori, indemnizațiile prevăzute la art. 42 se plătesc o singură dată de către angajatorul la care a avut loc accidentul de muncă sau la care s-a declarat boala profesională.

Art. 49. — (1) Indemnizațiile se achită beneficiarului, reprezentantului legal sau mandatarului desemnat prin procură de către acesta.

(2) Indemnizațiile pot fi solicitate, pe baza actelor justificative, în termenul de prescripție de 3 ani, calculat de la data la care beneficiarul era în drept să le solicite.

(3) Cuantumul indemnizațiilor solicitate potrivit alin. (2) se achită la nivelul convenit în perioada prevăzută în certificatul medical.

Art. 50. — Plata indemnizațiilor încetează începând cu ziua următoare celei în care:

a) beneficiarul a decedat;

b) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile legale pentru acordarea indemnizațiilor;

c) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul altui stat cu care România nu are încheiată convenție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale;

d) beneficiarul și-a stabilit domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România a încheiat convenție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, dacă în cadrul acesteia se prevede că indemnizațiile se plătesc de către celălalt stat.

SECȚIUNEA a 4-a

Indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă

Art. 51. — Asigurații beneficiază de o indemnizație pe perioada în care se află în incapacitate temporară de muncă datorită unui accident de muncă sau datorită unei boli profesionale, indiferent de momentul producerii acestuia/acesteia.

Art. 52. — (1) Cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă 80% din baza de calcul.

(2) În cazul urgențelor medico-chirurgicale, cuantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 100% din baza de calcul.

(3) Baza de calcul a indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă reprezintă:

a) media veniturilor salariale lunare brute realizate de către persoanele angajate în ultimele 6 luni, anterioare manifestării riscului; în cazul în care stagiul de cotizare este mai mic de 6 luni, baza de calcul a indemnizațiilor o constituie media veniturilor salariale lunare brute la care s-a achitat contribuția;

b) veniturile stipulate de către asigurații individuali în contractele pe baza cărora s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale;

c) drepturile acordate în perioada respectivă pentru șomerii care urmează cursuri de recalificare sau de reconversie profesională, exclusiv sumele acordate cu titlu de plăți compensatorii.

(4) În cazul în care o persoană a beneficiat de drepturi de asigurări sociale (indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii, de boli profesionale și accidente de muncă; prestație pentru prevenirea îmbolnăvirilor și recuperarea capacității de muncă; indemnizație pentru maternitate; indemnizație pentru creșterea copilului sau îngrijirea copilului bolnav), baza de calcul o constituie media veniturilor salariale lunare brute la care s-a achitat contribuția, respectiv media veniturilor stipulate în contractul individual de asigurare, pe baza căruia s-a stabilit contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, obținute după reluarea raporturilor de muncă sau de serviciu.

Art. 53. — (1) Pentru plata indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă, aferente concediilor medicale acordate cu întrerupere între ele, acestea se iau în considerare separat, durata lor nu se cumulează, iar

plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru afecțiuni diferite, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează și se plătește separat, iar plata se suportă conform art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

(3) În situația în care unui asigurat i se acordă în aceeași lună două sau mai multe concedii medicale pentru aceeași afecțiune, fără întrerupere între ele, indemnizația pentru incapacitate temporară de muncă se calculează conform prevederilor art. 35 din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 54. — Indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă se acordă pe o durată de cel mult 180 de zile în interval de un an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire. Începând cu a 90-a zi, concediul medical se poate prelungi până la 180 de zile, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

Art. 55. — (1) Medicul curant poate propune, în situații temeinic justificate, prelungirea concediului pentru incapacitate temporară de muncă, peste 180 de zile, în scopul evitării pensionării de invaliditate și menținerii asiguratului în activitate.

(2) Medicul expert al asigurărilor sociale decide, după caz, prelungirea concediului medical pentru continuarea programului de recuperare, trecerea temporară în alt loc de muncă, reducerea timpului de muncă, reluarea activității în aceeași profesie sau într-o altă profesie ori pensionarea de invaliditate.

(3) Prelungirea concediului medical, peste 180 de zile, se face pentru cel mult 90 de zile, conform procedurilor stabilite de CNPAS, în raport cu evoluția cazului și cu rezultatele acțiunilor de recuperare.

SECȚIUNEA a 5-a

Indemnizația pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și indemnizația pentru reducerea timpului de muncă

Art. 56. — Asiguratul care, datorită unei boli profesionale sau datorită unui accident de muncă, nu își mai poate desfășura activitatea la locul de muncă anterior manifestării riscului asigurat sau care nu mai poate realiza durata normală de muncă poate beneficia, la cerere, de trecerea temporară în alt loc de muncă ori de o reducere cu o pătrime a timpului normal de lucru.

Art. 57. — (1) Asiguratul își poate relua activitatea la vechiul loc de muncă sau poate realiza programul normal de lucru, înainte de expirarea perioadei maxime de reducere a programului de lucru, prevăzută de legislația în vigoare, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale.

(2) Angajatorul va înștiința casa teritorială de pensii, în termen de cel mult 5 zile, despre modificarea intervenită în situația asiguratului.

Art. 58. — Quantumul indemnizațiilor pentru trecerea temporară în alt loc de muncă și pentru reducerea timpului de muncă este egal cu diferența dintre media veniturilor salariale din ultimele 6 luni și venitul salarial brut realizat de asigurat la noul loc de muncă sau venitul salarial brut realizat ca urmare a reducerii timpului normal de muncă, fără a se depăși 25% din baza de calcul.

Art. 59. — Indemnizațiile pentru trecerea temporară în alt loc de muncă, precum și pentru reducerea timpului de muncă se acordă pentru o perioadă de cel mult 90 de zile într-un an calendaristic, în una sau mai multe etape.

SECȚIUNEA a 6-a

Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională

Art. 60. — (1) Victima unui accident de muncă sau a unei boli profesionale beneficiază, la cerere, în condițiile legii, de o indemnizație pe durata cursurilor de recalificare sau de reconversie profesională.

(2) Indemnizația se acordă numai dacă asiguratul respectă integral programul de instruire pe toată durata cursurilor.

(3) În situația în care asiguratul nu respectă programul de instruire din motive ce îi sunt imputabile, organizatorul cursurilor de recalificare sau reconversie profesională înștiințează de îndată casa teritorială de pensii care sistează plata indemnizației.

(4) Prevederile alin. (3) nu se aplică în cazurile de forță majoră. Forța majoră se dovedește cu acte.

(5) Constatarea cazurilor de forță majoră prevăzute la alin. (4) se efectuează de către personalul împuternicit al casei teritoriale de pensii.

Art. 61. — Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională se acordă lunar și reprezintă 70% din salariul de bază brut al persoanei asigurate, avut la data survenirii accidentului de muncă sau a bolii profesionale.

Art. 62. — Indemnizația pe durata cursurilor de recalificare sau reconversie profesională se acordă doar dacă persoana asigurată nu beneficiază în paralel de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă ori de pensie de invaliditate de gradul III, acordată potrivit reglementărilor în vigoare.

SECȚIUNEA a 7-a

Compensațiile pentru atingerea integrității

Art. 63. — Au dreptul la o compensație pentru atingerea integrității asigurații care în urma accidentelor de muncă sau a bolilor profesionale rămân cu leziuni permanente care produc deficiențe și reduc capacitatea de muncă între 20—50%, exclusiv cazurile cărora li se recunoaște, prin decizie, invaliditatea.

Art. 64. — Compensațiile pentru atingerea integrității se acordă doar dacă accidentul de muncă a antrenat o incapacitate temporară de muncă mai mare de 3 zile, conform definiției accidentului de muncă.

Art. 65. — Compensația pentru atingerea integrității se acordă doar după încheierea perioadei de incapacitate temporară de muncă.

Art. 66. — În vederea obținerii compensației pentru atingerea integrității, persoana asigurată depune o cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, conform anexei nr. 13 la prezentele norme metodologice.

Art. 67. — (1) În termen de 15 zile de la depunerea cererii, medicul expert al asiguratorului decide asupra acordării compensației pentru atingerea integrității, precum și asupra cuantumului acesteia.

(2) În cazul în care medicul expert al asiguraților sociale consideră că sunt necesare examinări ulterioare, poate dispune efectuarea acestora.

Art. 68. — (1) Grila privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității este prevăzută în anexa nr. 14 la prezentele norme metodologice.

(2) Grilele cuprinzând procentajele privind reducerea capacității de muncă se stabilesc prin decizie a președintelui CNPAS.

SECȚIUNEA a 8-a

Despăgubirile în caz de deces

Art. 69. — În cazul decesului asiguratului ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, despăgubirea în caz de deces se acordă, la cerere, unei singure persoane, care poate fi una dintre persoanele menționate la art. 46 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 70. — Despăgubirea în caz de deces se acordă pe baza următoarelor acte: cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, prevăzută în anexa nr. 13 la prezentele norme metodologice, certificat de deces — original și copie, actul de identitate al solicitantului, acte de stare civilă ale solicitantului, care să ateste calitatea acestuia, sau acte din care să rezulte că au fost suportate cheltuielile ocazionate de deces, după caz.

Art. 71. — (1) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii admite sau respinge cererea prin decizie motivată.

(2) Termenul de soluționare a cererii este de 20 de zile de la data depunerii acesteia la casa teritorială de pensii.

(3) Plata despăgubirii se efectuează prin casieria casei teritoriale de pensii.

(4) Decizia se comunică petentului în termen de 5 zile de la emiterea acesteia.

(5) Cuantumul despăgubirii în caz de deces este de 4 salarii medii brute pe economie.

(6) Salariul mediu care va fi utilizat la plata despăgubirii în caz de deces va fi salariul mediu brut pe economie comunicat de Institutul Național de Statistică pentru luna în care a survenit decesul asiguratului sau, după caz, ultimul salariu mediu brut pe economie cunoscut la data solicitării.

Art. 72. — După efectuarea plății despăgubirii în caz de deces, asiguratorul are obligația de a înscrie pe versoul

certificatului de deces original mențiunea „ACHITAT DESPĂGUBIRE ÎN CAZ DE DECES CONFORM LEGII Nr. 346/2002“, data, semnătura și ștampila.

SECȚIUNEA a 9-a

Rambursări de cheltuieli

Art. 73. — În vederea rambursării cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență sau de confecționarea unor dispozitive destinate să asigure recuperarea funcționalității organismului victimei accidentului de muncă, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile se adresează casei teritoriale de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

Art. 74. — (1) Modelul cererii de rambursare a cheltuielilor este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(2) Cererea se depune la sediul casei teritoriale de pensii, însoțită de documente justificative, după caz.

Art. 75. — (1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de transportul de urgență utilizând alte mijloace decât cele uzuale, aceasta trebuie să prezinte:

a) facturi sau alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora;

b) declarația pe propria răspundere a angajatorului sau a persoanei care a solicitat rambursarea, după caz, din care trebuie să reiasă caracterul de urgență al transportului, mijlocul de transport utilizat, precum și descrierea împrejurărilor care au impus utilizarea altor mijloace decât a celor uzuale pentru salvarea victimei accidentului de muncă;

c) dovada emisă de autoritatea competentă, din care să rezulte faptul că solicitantul nu înregistrează obligații restante la Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz.

(2) Pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma solicitată a fi rambursată se determină prin înmulțirea numărului de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban, respectiv a numărului de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, cu consumul normat de combustibil pe kilometru parcurs și cu prețul mediu al combustibilului utilizat.

(3) Pentru serviciile de transport aerian și pe apă, suma solicitată a fi rambursată se calculează pe baza numărului de ore de zbor, respectiv a numărului de mile marine estimat, înmulțit cu costul mediu al unei ore de zbor, respectiv cu costul mediu pe mila marină.

(4) Tipurile de transport de urgență prevăzute la alin. (1) sunt altele decât cele ale unităților specializate în efectuarea unor servicii de transport sanitar și care îndeplinesc criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății Publice, precum și cele de acreditare.

Art. 76. — Medicul expert al asigurărilor sociale din cadrul casei teritoriale de pensii confirmă sau infirmă, prin

referat motivat, faptul că salvarea victimei impunea transportul de urgență cu alte mijloace decât cele uzuale.

Art. 77. — (1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea ochelarilor, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că ochelarii au fost deteriorați în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) Cheltuielile ocazionate de confecționarea ochelarilor vor fi decontate integral, fără a se depăși prețul de referință stabilit prin decizie a președintelui CNPAS.

Art. 78. — (1) În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea aparatelor acustice, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului care trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, documente din care să reiasă că aparatul acustic a fost deteriorat în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie a procesului-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

(2) În sensul prezentelor norme metodologice, prin sintagma *aparat acustic* se înțelege proteză auditivă.

Art. 79. — În cazul în care persoana îndreptățită solicită rambursarea cheltuielilor ocazionate de confecționarea protezelor oculare, aceasta trebuie să prezinte următoarele: prescripția medicului, documente din care să reiasă că proteza oculară a fost deteriorată în timpul accidentului de muncă (declarația pe propria răspundere a victimei accidentului, declarațiile martorilor, copie de pe procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă).

Art. 80. — (1) Cererea, însoțită de documentele justificative sus-menționate, se depune la casa teritorială de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

(2) Directorul executiv al casei teritoriale de pensii poate solicita orice alte documente necesare în vederea emiterii deciziei de admitere/respingere a cererii de rambursare a cheltuielilor.

(3) Cererea de rambursare a cheltuielilor poate fi admisă în totalitate, admisă parțial sau respinsă.

(4) Împotriva deciziei de rambursare a cheltuielilor se poate face plângere la instanța judecătorească în a cărei rază teritorială se află domiciliul sau sediul reclamantului.

Art. 81. — (1) Nivelul maxim al prețurilor de referință la care se acordă rambursările de cheltuieli prevăzute la art. 50 alin. (1) lit. a) și b) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, se stabilește prin decizie a președintelui CNPAS și se actualizează anual cu coeficientul de inflație.

(2) Nivelul la care se acordă rambursări de cheltuieli pentru dispozitivele medicale implantabile prin intervenție chirurgicală este stabilit în conformitate cu prevederile art. 8 alin. (2) din Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și

Recuperare a Capacității de Muncă și a serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.229/2005.

Art. 82. — (1) În vederea rambursării costurilor dispozitivelor medicale, implantabile prin intervenție chirurgicală, persoana juridică sau persoana fizică care a suportat cheltuielile depune o cerere la casa teritorială de pensii în raza căreia s-a produs accidentul de muncă.

(2) Modelul cererii este prevăzut în anexa nr. 15 la prezentele norme metodologice.

(3) Solicitantul va atașa la cerere facturi și alte documente din care să rezulte tipul cheltuielilor efectuate, precum și cuantumul acestora, recomandarea medicului curant din care să rezulte necesitatea implantării, prin intervenție chirurgicală, a dispozitivului pentru care se solicită rambursarea.

CAPITOLUL IV

Comunicarea și constatarea accidentelor de muncă

Art. 83. — Dispozițiile prezentului capitol modifică și completează prevederile Normelor metodologice privind comunicarea, cercetarea, înregistrarea, raportarea, evidența accidentelor de muncă și declararea, confirmarea, înregistrarea, raportarea, evidența bolilor profesionale, precum și a celorlalți indicatori care definesc morbiditatea profesională, aprobate prin Ordinul ministrului muncii și protecției sociale nr. 388/1996, cu modificările ulterioare.

Art. 84. — (1) Comunicarea accidentelor de muncă se va face și către casa teritorială de pensii în raza căreia s-au produs acestea și va cuprinde următoarele informații:

a) denumirea/numele și prenumele angajatorului la care s-a produs accidentul și, dacă este cazul, denumirea/numele și prenumele angajatorului la care este/a fost angajat accidentatul;

b) sediul/adresa și numărul de telefon ale angajatorului;

c) locul unde s-a produs accidentul;

d) data și ora la care s-a produs accidentul/data și ora la care a decedat accidentatul;

e) datele personale ale victimei: numele și prenumele, ocupația, vârsta, starea civilă, vechimea în ocupație și la locul de muncă;

f) împrejurările care se cunosc și cauzele prezumtive;

g) consecințele accidentului;

h) unitatea medicală la care a fost internat accidentatul;

i) numele și funcția persoanei care comunică accidentul;

j) data comunicării.

(2) Comunicarea prevăzută la alin. (1) se va face, după caz, de angajator, organele de poliție sau de orice persoană care are cunoștința de producerea accidentului.

(3) Comunicarea incidentelor periculoase va fi transmisă și la casa teritorială de pensii și va cuprinde informațiile solicitate, prevăzute la alin. (1), mai puțin datele personale ale victimei.

Art. 85. — (1) În cazul accidentelor care au antrenat incapacitate temporară de muncă, cercetarea se va efectua, imediat după comunicare, de către angajatorul la care s-a produs evenimentul sau, după caz, de către casa teritorială de pensii.

(2) În cazul evenimentelor produse în activitățile nucleare, soldate cu victime, un exemplar al procesului-verbal de cercetare va fi înaintat, în termen de cel mult 5 zile de la data la care accidentul a fost comunicat, Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare și la casa teritorială de pensii.

Art. 86. — Cercetarea accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă se va încheia în cel mult 5 zile de la data producerii, cu excepția cazurilor când sunt necesare expertize, situații în care termenul se poate prelungi cu cel mult 5 zile, cu acordul casei teritoriale de pensii.

Art. 87. — (1) În vederea cercetării evenimentelor se întocmește un dosar care va cuprinde:

a) opisul actelor aflate în dosar;

b) procesul-verbal de cercetare;

c) schițe și fotografii referitoare la eveniment;

d) declarația accidentatului/accidentaților, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă sau de invaliditate;

e) declarațiile martorilor și ale oricăror persoane care pot contribui la elucidarea împrejurărilor și a cauzelor reale ale producerii evenimentului;

f) declarațiile persoanelor răspunzătoare de nerespectarea reglementărilor legale;

g) copii de pe actele și documentele necesare pentru elucidarea împrejurărilor și a cauzelor reale ale evenimentului;

h) orice alte documente și declarații necesare pentru a determina caracterul accidentului;

i) FIAM;

j) copie de pe fișa de aptitudine la angajare sau de pe ultimul control medical periodic.

(2) În funcție de eveniment, dosarul de cercetare va mai cuprinde, după caz:

a) copie de pe autorizație, în cazul în care victima, în momentul accidentului, desfășura o activitate care necesită autorizare;

b) acte de expertiză tehnică, întocmite cu ocazia cercetării evenimentului;

c) actul medical emis de unitatea sanitară care a acordat asistență medicală, din care să rezulte diagnosticul provizoriu;

d) copie de pe certificatul/certificatele de concediu medical, în cazul accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, care se va atașa la dosar după eliberarea de către unitatea sanitară;

e) actul emis de unitatea sanitară care a acordat asistență medicală, din care să rezulte data și ora când accidentatul s-a prezentat pentru consultație, precum și diagnosticul, în cazul accidentelor de traseu;

f) orice acte doveditoare emise de organele autorizate și prezentate de accidentat, din care să se poată stabili locul, data și ora producerii accidentului sau să se poată justifica prezența victimei la locul, ora și data accidentării;

g) copie de pe procesul-verbal de cercetare la fața locului, încheiat de serviciile poliției rutiere, în cazul accidentelor de circulație pe drumurile publice;

h) documente din care să rezulte că accidentatul îndeplinea îndatoriri de serviciu.

Art. 88. — (1) În vederea cercetării accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, angajatorul are obligația să numească prin decizie scrisă comisia de cercetare din care va face parte și o persoană din compartimentul de protecție a muncii/cu atribuții speciale de protecția muncii.

(2) Comisia de cercetare a accidentului se recomandă a avea în componență cel puțin 3 persoane.

(3) Dosarul de cercetare a accidentului urmat de incapacitate temporară de muncă, întocmit de comisia de cercetare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, va fi înaintat, pentru verificare și avizare, la casa teritorială de pensii din județul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetării.

(4) Casa teritorială de pensii va aviza și va restitui dosarul în cel mult 7 zile de la data primirii.

(5) În cazul în care cercetarea nu a fost efectuată corespunzător, casa teritorială de pensii poate dispune completarea dosarului sau, după caz, poate efectua o anchetă proprie.

Art. 89. — (1) Procesul-verbal de cercetare a evenimentelor va conține următoarele informații:

a) data încheierii procesului-verbal;

b) numele persoanelor care efectuează cercetarea accidentului și calitatea acestora, cu indicarea documentului potrivit căruia sunt îndreptățite să efectueze cercetarea, precum și instituția unde lucrează;

c) perioada și locul în care s-a efectuat cercetarea;

d) obiectul cercetării;

e) data și ora producerii evenimentului; în cazul în care s-a produs un accident și ulterior a survenit decesul victimei/victimelor implicate în acest accident, se va preciza și data decesului;

f) locul producerii evenimentului;

g) datele de identificare a angajatorului la care s-a produs evenimentul, activitatea principală desfășurată de acesta și, dacă este cazul, datele de identificare a angajatorului la care este/a fost încadrat accidentatul;

h) datele de identificare a accidentatului/accidentaților: numele, prenumele, cetățenia, vârsta, starea civilă, numărul de copii minori, domiciliul, locul de muncă la care este încadrat/sunt încadrați, profesia de bază, ocupația în momentul accidentării, vechimea în muncă, în funcție sau în meserie și la locul de muncă, iar pentru persoanele care, în momentul accidentării, desfășurau o activitate pentru care este necesară autorizare, se va face referire și la aceasta;

i) descrierea detaliată a locului, echipamentului tehnic, a împrejurărilor și modului în care s-a produs evenimentul, reconstituite, în special, în baza constatrilor făcute la locul accidentului, declarației conducătorului locului de muncă, declarației accidentatului/accidentaților, declarațiilor martorilor și verificării altor acte și documente necesare stabilirii împrejurărilor;

j) urmările evenimentului și/sau urmările suferite de accidentat/accidentați;

k) cauzele reale ale evenimentului, cu trimitere la reglementările legale în vigoare încălcate, precizându-se actele normative nerespectate, cu redarea integrală a textului acestora, după caz;

l) alte constatări făcute cu ocazia cercetării evenimentului;

m) persoanele răspunzătoare de încălcarea reglementărilor legale, cu trimitere la actele normative și la articolele încălcate, în condițiile precizate la lit. k);

n) sancțiunile contravenționale aplicate, cu precizarea prevederilor legale încălcate, și, după caz, propuneri pentru cercetare penală și/sau propuneri pentru sancțiuni administrative și/sau disciplinare;

o) angajatorul care va înregistra și va declara accidentul de muncă;

p) măsurile stabilite pentru prevenirea altor evenimente similare și soluționarea deficiențelor, precum și termenul de raportare la organele competente să efectueze cercetarea, după caz;

r) numărul de exemplare în care s-a încheiat procesul-verbal de cercetare a evenimentelor și repartizarea acestora;

s) semnătura persoanei/persoanelor care a/au efectuat cercetarea;

t) viza autorității competente să decidă caracterul accidentului.

(2) Un exemplar al procesului-verbal de cercetare menționat la alin. (1) va fi înaintat și casei teritoriale de pensii.

Art. 90. — (1) În baza procesului-verbal de cercetare a evenimentelor întocmit de organele competente, angajatorul la care se înregistrează accidentul va completa FIAM, care va fi tipizat, conform modelului prevăzut în anexa nr. 16 la prezentele norme metodologice.

(2) FIAM se completează pentru fiecare persoană accidentată și constituie documentul de declarare oficială a accidentului de muncă.

(3) FIAM va purta semnătura și ștampila reprezentantului legal al angajatorului, precum și semnătura și ștampila conducătorului autorității competente să decidă caracterul accidentului, după caz.

(4) FIAM se completează imediat după încheierea cercetării accidentului, conform instrucțiunilor de completare a FIAM aflate în vigoare.

(5) Un exemplar al FIAM va fi transmis casei teritoriale de pensii din județul respectiv în termen de 5 zile de la finalizarea cercetării (odată cu dosarul pentru avizare).

Art. 91. — (1) În baza formularelor de înregistrare a accidentelor de muncă și a proceselor-verbale de cercetare a incidentelor periculoase, casa teritorială de pensii și inspectoratul teritorial de muncă vor înregistra și vor ține evidența tuturor accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase înregistrate de angajatorii care au sediul pe teritoriul județului respectiv.

(2) Evidența se ține, de asemenea, în Registrul de evidență a accidentaților în muncă și, respectiv, în Registrul de evidență a incidentelor periculoase, care se află la angajator.

CAPITOLUL V

Boli profesionale

Art. 92. — (1) Direcțiile de sănătate publică transmit caselor teritoriale de pensii fișele BP2.

(2) Fișele BP2 se primesc, prin registratură, la casa teritorială de pensii și sunt transmise către Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale.

Art. 93. — Compartimentul accidente de muncă și boli profesionale transmite fișele BP2 pentru a fi verificate de Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM.

Art. 94. — (1) În termen de 7 zile lucrătoare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM va transmite acceptul diagnosticului de profesionalitate din fișa BP2 prin adresa care va conține:

- a) codul bolii conform clasificării internaționale a bolilor;
- b) codul de indemnizație;
- c) codul bolii pentru care se acceptă rambursarea de cheltuieli.

(2) În cazul în care se consideră necesară reanalizarea dosarului medical de cercetare a bolii profesionale aflat la direcția de sănătate publică, termenul se poate prelungi până la finalizarea acesteia.

Art. 95. — Personalul specializat al Compartimentului de medicina muncii din cadrul INEMRCM are următoarele atribuții:

- a) verifică fișele BP2 sau, după caz, dosarul medical de cercetare, în conformitate cu prevederile prezentului capitol;
- b) întocmește informări semestriale cu privire la cauzele accidentelor de muncă și bolilor profesionale;
- c) monitorizează activitatea prestată de unitățile sanitare cu personalitate juridică în baza contractelor încheiate cu casele teritoriale de pensii;
- d) participă, după caz, la acțiunile de prevenire.

Art. 96. — În cazul în care, ca urmare a analizării dosarului medical de cercetare, Compartimentul de medicina muncii din cadrul INEMRCM constată neconformități ale dosarului, solicită direcției de sănătate publică competente reanalizarea acestuia.

CAPITOLUL VI

Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale

Art. 97. — Prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale reprezintă activitatea principală a asigurătorului, destinată îmbunătățirii condițiilor de muncă.

Art. 98. — (1) În scopul desfășurării activității de prevenire, CNPAS dispune de personal cu specializare tehnică sau medicală.

(2) În situații temeinic justificate, la propunerea directorilor executivi ai caselor teritoriale de pensii, CNPAS aprobă angajarea de personal cu pregătire juridică pentru activitatea de prevenire.

Art. 99. — În cadrul activității de prevenire se identifică următoarele acțiuni care au drept scop eliminarea sau reducerea riscurilor de accidente de muncă și boli profesionale:

a) stabilirea de programe de prevenire, prioritare la nivel național, prin identificarea situațiilor cu riscuri mari de accidente de muncă și boli profesionale;

b) stabilirea de programe de prevenire în baza situațiilor concrete identificate în timpul vizitelor la locurile de muncă;

c) consiliere cu privire la cele mai potrivite metode de evaluare a riscurilor, adaptate specificului locului de muncă;

d) efectuarea de recomandări cu caracter tehnic pentru remedierea situațiilor cu pericol potențial;

e) propunerea efectuării și finanțării de studii și analize institutelor de cercetare de specialitate, în vederea fundamentării măsurilor de prevenire prioritare la nivel național;

f) consilierea angajatorilor la întocmirea instrucțiunilor proprii;

g) recomandarea de măsuri de prevenire și urmărirea aplicării lor;

h) elaborarea și propunerea de forme și mijloace de educare pentru prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale;

i) consilierea angajatorilor cu privire la implementarea managementului securității și sănătății în muncă;

j) cercetarea accidentelor cu incapacitate temporară de muncă și stabilirea caracterului de muncă al acestora, care se vor face în conformitate cu prevederile Legii nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare.

CAPITOLUL VII

Organizarea sistemului de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale**Criterii de autorizare a asociațiilor profesionale**

Art. 100. — În vederea îndeplinirii dispozițiilor art. 84 alin. (4) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, CNPAS stabilește criteriile de autorizare a asociațiilor profesionale.

Art. 101. — (1) Criteriile utilizate în vederea autorizării asociațiilor profesionale sunt structurate după cum urmează:

- a) statutul juridic;
- b) organizare și funcționare;
- c) mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității specifice;
- d) criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale.

(2) În funcție de situația concretă a furnizorilor de servicii de prevenire pot fi adoptate și criterii suplimentare.

Statutul juridic

Art. 102. — Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să fie asociații profesionale române, constituite în condițiile Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, cu modificările și completările ulterioare.

Organizare și funcționare

Art. 103. — Asociațiile profesionale care solicită autorizarea trebuie să dispună de o conducere și o structură administrativ-organizatorică, care să confere

independență de decizie în afara oricăror interese și imparțialitate în judecarea și instrumentarea solicitărilor.

Art. 104. — În cazul în care asociațiile profesionale solicită autorizarea pentru mai multe domenii de specialitate, corespunzătoare profilului unor grupe specializate de activitate de prevenire diferite, implicând și un volum mare de activitate de prevenire, în structura lor organizatorică trebuie să existe un compartiment sau un coordonator de activitate de prevenire, pentru a asigura armonizarea și coordonarea procedurală, precum și lucrările de secretariat și evidență aferente acestei activități.

Art. 105. — Îndeplinirea acestor criterii și condiții se demonstrează prin documentele care stabilesc funcțiile de conducere și compartimentele implicate în activitatea de prevenire, atribuțiile și responsabilitățile aferente, precum și relațiile dintre acestea: organigrama, regulamentul de organizare și funcționare (ROF), alte regulamente și proceduri.

Art. 106. — Astfel, pentru activitatea de prevenire asociațiile profesionale trebuie să demonstreze că pentru fiecare dintre activitățile solicitate există unul sau mai mulți specialiști care sunt formați pentru aceste domenii.

Mijloace și resurse disponibile necesare desfășurării activității

Art. 107. — (1) Asociațiile profesionale au obligația de a face dovada existenței mijloacelor tehnice și logistice, precum și a resurselor necesare pentru desfășurarea adecvată a activității de elaborare a programelor de prevenire în domeniile de specialitate aferente, astfel încât să se poată fundamenta conținutul programului de prevenire și aprecierea aferentă, în vederea garantării aptitudinii la utilizare în societăți a procedeelelor care fac obiectul programului.

(2) Prezentarea acestor mijloace tehnice și logistice trebuie să cuprindă:

a) numărul total de personal, din care personal cu studii superioare (din care personal atestat) defalcat pe domeniile de specialitate aferente activității de prevenire;

b) lista dotărilor tehnice (echipamente) și logistice (tehnică de calcul, software) existente, absolut necesare pentru desfășurarea activității în domeniile de specialitate respective.

Art. 108. — Situația financiară, menită să asigure stabilitate și suport financiar adecvat pentru desfășurarea activităților specifice fără presiuni exterioare de orice natură, se demonstrează prin indicatorii și mijloacele financiare rezultate din ultimul bilanț anual și din bugetul pe anul în curs (sau din alte documente în ceea ce privește: cifra de afaceri, profit sau pierderi, finanțarea activității etc.).

Art. 109. — Asociațiile profesionale trebuie să dispună de un sistem propriu de management al calității certificat.

Criterii deontologice pentru personalul implicat în activitatea asociațiilor profesionale

Art. 110. — Prin criteriile deontologice pentru personalul asociațiilor profesionale se urmărește îndeplinirea următoarelor cerințe:

a) asigurarea obiectivității și imparțialității în executarea activității specifice;

b) păstrarea secretului profesional;

c) asigurarea independenței personalului în instrumentarea activităților și luarea deciziilor aferente.

Art. 111. — Evaluarea acestor criterii se face pe baza prevederilor din documentele interne ale asociațiilor profesionale.

Art. 112. — (1) În același timp, prin îndeplinirea criteriilor deontologice se are în vedere nivelul de confidențialitate și securitate al activității și documentelor specifice.

(2) Nivelul de confidențialitate și securitate se evaluează pe baza următoarelor subcriterii:

a) asigurarea confidențialității informațiilor vehiculate în cadrul desfășurării activității de prevenire și a celor cuprinse în documentele elaborate și arhivate;

b) limitarea accesului la documentele din arhivă prin dispoziții scrise ale conducerii furnizorilor de servicii de prevenire;

c) luarea de măsuri pentru ca personalul implicat în activitatea de prevenire să nu aibă acces la elementele de secret profesional care nu îl privesc;

d) limitarea prin măsuri specifice a difuzării elementelor confidențiale către întreaga masă a personalului din cadrul furnizorului de servicii de prevenire;

e) luarea de măsuri pentru păstrarea în siguranță a documentelor privind activitatea de prevenire.

(3) Evaluarea acestor criterii se face în baza prevederilor din documentele interne ale furnizorilor de servicii de prevenire.

CAPITOLUL VIII

Contribuțiile de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale

Art. 113. — În conformitate cu prevederile art. 99 alin. (1) din Legea nr. 346/2002, cu modificările și completările ulterioare, tarifele și clasele de risc se stabilesc potrivit normelor metodologice de calcul al contribuției de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale, elaborate de CNPAS și aprobate prin hotărâre a Guvernului.

CAPITOLUL IX

Dispoziții finale

Art. 114. — CNPAS și CNAS pot încheia un protocol de colaborare pentru buna desfășurare a activității de reabilitare medicală și recuperare a capacității de muncă.

Art. 115. — (1) Pentru serviciile medicale prevăzute la art. 14 alin. (1), acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică, în cazul bolilor profesionale, CNPAS, prin casele teritoriale de pensii, poate încheia contracte direct cu acestea.

(2) În vederea decontării serviciilor medicale acordate conform alin. (1), unitățile sanitare cu personalitate juridică vor respecta procedurile prevăzute la art. 15, 16, 17 și la art. 18 alin. (1), (4) și (18).

DATE STATISTICE / ACTIVITATE	A N U L*)			medie
	200_	200_	200_	
2.2 _____				
Număr total accidente de muncă, din care:				
<i>a) accidente de traseu (ITM / INV/ decese)</i>				
<i>b) accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)</i>				
Număr total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Număr salariați încadrați în condiții deosebite				
Număr salariați încadrați în condiții speciale				

DATE STATISTICE / ACTIVITATE	A N U L*)			medie
	200_	200_	200_	
2.3 _____				
Număr total accidente de muncă, din care:				
<i>a) accidente de traseu (ITM / INV/ decese)</i>				
<i>b) accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)</i>				
Număr total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Număr salariați încadrați în condiții deosebite				
Număr salariați încadrați în condiții speciale				

DATE STATISTICE / ACTIVITATE	A N U L*)			medie
	200_	200_	200_	
2.4 _____				
Număr total accidente de muncă, din care:				
<i>a) accidente de traseu (ITM / INV/ decese)</i>				
<i>b) accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)</i>				
Număr total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Număr salariați încadrați în condiții deosebite				
Număr salariați încadrați în condiții speciale				

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă.

Numele _____ Prenumele _____

Data _____ Funcția **) _____

Semnătura și ștampila

*) se vor completa datele aferente ultimilor 3 ani
 **) Director General sau altă persoană autorizată

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI
DE ASIGURĂRI SOCIALE
CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Nr. de înregistrare/.....

CONTRACT INDIVIDUAL DE ASIGURARE

ARTICOLUL 1

Părțile contractante

Casa Județeană de Pensii, denumită în continuare *Casă*, cu sediul în localitatea, str. nr., în calitate de asigurător, reprezentată de doamna/domnul, în calitate de director executiv,
și
....., fiul/fiica lui și al/a,
născut/născută în, pe data de, posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria numărul, eliberat de la data de, CNP, cu domiciliul în localitatea, str. nr., bl., sc., ap., județul/sectorul, în calitate de asigurat,
au încheiat prezentul contract.

ARTICOLUL 2

Obiectul contractului

2.1. Asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, prin acordarea de prestații pentru reabilitarea victimelor accidentelor de muncă și ale bolilor profesionale, precum și consiliere pentru prevenirea riscurilor profesionale la care sunt expuși asigurații în timpul exercitării profesiei lor, reglementate prin Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

2.2. Prezentul contract intră în vigoare la data înregistrării la Casă.

ARTICOLUL 3

Condițiile de asigurare

3.1. Cota de contribuție este de 1% din venitul asigurat.

3.2. Venitul asigurat este de:

3.3. Cuantumul contribuției este de:

3.4. Contul în care se plătește contribuția, deschis la Trezoreria Județului/Sectorului pe seama Casei este

3.5. Plata se poate face și în numerar, la casieria Casei, sau prin alte mijloace de plată prevăzute de lege.

3.6. Plata contribuției se efectuează până în ultima zi lucrătoare a lunii pentru care se datorează contribuția.

ARTICOLUL 4

Obligațiile asiguratului

4.1. Asigurătorul se obligă la următoarele servicii și prestații, după caz:

4.1.1. Reabilitare medicală:

- asistență medicală de urgență la locul accidentului, în mijloace de transport specializate și în unități spitalicești;
- tratament medical ambulatoriu, analize medicale și medicamente, prescrise de medic;
- servicii medicale, în spitale sau clinici specializate pentru accidente sau boli profesionale;
- tratament de recuperare a capacității de muncă, în unități de specialitate;
- servicii de chirurgie reparatorie;
- cure balneoclimaterice.

4.1.2. Recuperarea capacității de muncă:

- În vederea diminuării sau compensării deficiențelor de sănătate suferite prin accidente de muncă sau boli profesionale, asigurații au dreptul la dispozitive medicale stabilite prin normele metodologice de aplicare a legii.
- Pentru recuperarea capacității de muncă, asigurații beneficiază de programe individuale de recuperare, stabilite de medicul specialist al asiguratului.

4.1.3. Asistență tehnică pentru promovarea și stimularea activităților de prevenire a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale, în condițiile prevăzute de lege.

4.2. Asigurătorul preia în sarcina sa cheltuielile pentru următoarele prestații și servicii:

- plata indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, a indemnizației pentru trecerea temporară în alt loc de muncă, a indemnizației pentru reducerea timpului de muncă și a indemnizației pentru reconversie profesională;
- contravaloarea serviciilor medicale menționate mai sus;
- compensații pentru atingerea integrității rezultate în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;
- despăgubire în caz de deces.

ARTICOLUL 5

Obligațiile asiguratului

Asiguratul are următoarele obligații:

- 5.1. să prezinte în termenul prevăzut de lege declarația de venituri;
- 5.2. să notifice asiguratorului orice modificare privind datele din declarația de venituri;
- 5.3. să plătească contribuția de asigurare stabilită, în termenul prevăzut de prezentul contract.

Neplata contribuției de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale la termenul prevăzut în contract generează dobânzi pentru fiecare zi calendaristică, potrivit legii;

5.4. să promoveze prevenirea riscurilor profesionale conform măsurilor stabilite cu asiguratorul, în baza activității de consiliere depuse;

5.5. să prezinte în termenele stabilite de lege toate documentele justificative;

5.6. să urmeze și să respecte programele individuale de recuperare stabilite de medicul asiguratorului.

ARTICOLUL 6

Alte clauze

6.1. Neplata contribuției de către asigurat atrage neacordarea dreptului la prestații, până la achitarea contribuției datorate și a majorărilor de întârziere aferente.

6.2. Pentru modificările notificate asiguratorului de către asigurat se vor încheia acte adiționale la contractul de bază.

6.3. Neplata contribuției de asigurare pe o perioadă de 3 luni consecutive constituie pentru asigurator motiv de reziliere a contractului individual de asigurare.

6.4. Calitatea de asigurat se redobândește după încheierea unui nou contract individual de asigurare.

6.5. Contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale nu este impozabilă.

6.6. Asiguratul are obligația de a se prezenta la sediul Casei atunci când este solicitat, respectiv la termenul prevăzut în invitație.

6.7. În cazul rezilierii contractului, contribuția de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale achitată nu se restituie.

6.8. În caz de forță majoră, părțile contractante sunt exonerate de răspundere pentru neexecutarea sau executarea necorespunzătoare ori cu întârziere a obligațiilor asumate prin prezentul contract. Cazul de forță majoră se dovedește de partea care o invocă.

6.9. Litigiile în legătură cu executarea prezentului contract, nesoluționate între părți pe cale amiabilă, se soluționează de instanțele competente potrivit legii.

Asigurator,
director executiv,

.....

Asigurat,

.....

ANEXA Nr. 3
la normele metodologice

PROCEDURĂ**de contractare și plată a serviciilor medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică**

Art. 1. — (1) Serviciile medicale acordate pentru cazurile de boli profesionale în unitățile sanitare cu personalitate juridică, de către medicii de medicina muncii, în conformitate cu legislația în vigoare și curricula de pregătire în specialitate, sunt următoarele:

- consultații;
- stabilirea diagnosticului bolii profesionale;
- investigații pentru stabilirea caracterului de profesionalitate;
- tratamente;
- îngrijire, medicamente, materiale sanitare;
- cazare și masă aferente cazurilor investigate internate.

(2) Serviciile medicale prevăzute la alin. (1) se acordă în unitățile sanitare cu personalitate juridică, aflate în structura spitalelor, și cuprind servicii medicale acordate în exclusivitate cazurilor de boli profesionale.

(3) Serviciile medicale reprezintă totalitatea intervențiilor medicale necesare pentru rezolvarea unui caz.

(4) Serviciile medicale acordate în cazurile de boli profesionale sunt următoarele:

a) servicii medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă, pentru pacienții cărora li se acordă asistență medicală pe toată perioada necesară stabilirii diagnosticului de profesionalitate sau pentru reevaluarea cazului confirmat și care necesită supraveghere medicală continuă, denumită în continuare *spitalizare continuă*;

b) servicii medicale spitalicești care nu necesită internare, prestate în regim de spitalizare de zi, pentru pacienții care nu necesită supraveghere pe o durată mai mare de 12 ore, denumită în continuare *spitalizare de zi*;

c) servicii medicale ambulatorii acordate în cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor, denumite în continuare *ambulatoriu*.

Art. 2. — (1) Acordarea serviciilor medicale pentru cazurile de boli profesionale furnizate de unitățile sanitare cu personalitate juridică, în calitate de furnizori de servicii medicale, se face în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate între unitățile sanitare cu personalitate juridică, pe de o parte, și casele teritoriale de pensii în a căror rază teritorială își au sediul, pe de altă parte.

(2) Contractarea și decontarea serviciilor medicale prevăzute la alin. (1), acordate asiguraților, se fac în funcție de numărul de cazuri care primesc servicii medicale, indiferent de casele teritoriale de pensii în evidența cărora se află acestea.

Art. 3. — (1) În vederea încheierii contractelor cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor prezenta date statistice necesare fundamentării tarifelor și numărului de cazuri ce urmează a fi contractate, pentru fiecare tip de serviciu medical prevăzut la art. 1 alin. (4), precum și o listă a serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea.

(2) În vederea fundamentării tarifelor și numărului de cazuri ce urmează a fi contractate pentru fiecare tip de serviciu medical, spitalele vor prezenta următoarele date statistice:

— cheltuieli ale fiecărei secții/clinici de boli profesionale, precum și ale fiecărui cabinet de medicina muncii aflat în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe cheltuieli de personal, cheltuieli pentru utilități și cheltuieli pentru medicamente;

— numărul de cazuri externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;

— numărul de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, pe total și defalcat pe spitalizare continuă, de zi sau ambulatoriu, după caz;

— cheltuielile materiale pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi, calculate pe baza tarifelor stabilite prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate;

— numărul de cazuri externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi;

— numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate pentru fiecare tip de intervenție efectuată în spitalizarea de zi.

Tipurile de intervenții efectuate în spitalizarea de zi, continuă și în ambulatoriu sunt cele prevăzute în lista P1.

(3) La întocmirea listei serviciilor medicale care nu pot fi efectuate în ambulatoriu și care impun internarea, spitalele vor avea în vedere criteriile de internare prevăzute în lista P2.

Art. 4. — (1) Plata serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare cu personalitate juridică se face cu încadrarea în limita sumelor aprobate cu această destinație, pe baza următoarelor elemente:

a) tarif mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat/rezolvat după acordarea de servicii medicale;

b) număr negociat de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate.

(2) Valoarea totală contractată de unitățile sanitare cu personalitate juridică cu casele teritoriale de pensii se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi;

c) suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare continuă se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitalicești acordate prin spitalizare de zi se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi.

(5) Suma aferentă serviciilor medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor se determină prin înmulțirea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, cu numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor.

(6) Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale spitalicești, se negociază separat, pe spitalizare continuă sau de zi, după caz, în funcție de cheltuielile secțiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalului în cauză, pentru ultimii 2 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea și de numărul de cazuri externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă sau de zi, după caz, în aceeași perioadă.

(7) Fundamentarea tarifului mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare continuă, se face în funcție de totalitatea cheltuielilor secțiilor/clinicilor de boli profesionale, precum și ale cabinetelor de medicina muncii, aflate în subordinea spitalului în cauză.

(8) Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, reprezintă maximum 1/3 din tariful mediu pe caz negociat pentru cazurile rezolvate prin spitalizare continuă.

La fundamentarea acestui tarif nu se iau în calcul cheltuielile care au fost acoperite prin tariful mediu negociat pe caz rezolvat prin internare continuă, cum ar fi cheltuielile de personal, cheltuielile pentru utilități etc.

Tariful mediu negociat pe caz cu boală profesională confirmată, externat după acordarea de servicii medicale în regim de spitalizare de zi, se calculează ca media ponderată a costurilor serviciilor medicale și nemedicale estimate a fi necesare rezolvării cazurilor contractate, stabilite în funcție de morbiditatea internată în anii anteriori.

(9) Numărul negociat de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate după acordarea de servicii medicale, se negociază separat, pe spitalizare continuă, de

zi sau ambulatoriu, după caz, avându-se în vedere următoarele elemente:

- evoluția cazurilor de boală profesională confirmate și externate/rezolvate în ultimii 5 ani anteriori anului pentru care se efectuează contractarea, la nivelul secției/clinicii de boli profesionale, în funcție de numărul de paturi;
- numărul de paturi existent la data încheierii contractului;
- nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor;
- durata de spitalizare efectiv realizată în anul precedent;
- numărul de personal existent în secțiile/clinicile de boli profesionale, conform structurii aprobate.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre.

(10) Din sumele contractate pentru rezolvarea cazurilor în regim de spitalizare continuă sau de zi se vor acoperi cheltuielile privind investigațiile paraclinice, pentru bolnavii internați în secțiile/clinicile de boli profesionale, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară.

Art. 5. — Pentru decontarea serviciilor medicale acordate în caz de boală profesională și contractate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică, casele teritoriale de pensii vor proceda după cum urmează:

a) decontarea se efectuează lunar, în limita sumelor contractate, separat pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de:

- numărul de cazuri cu boală profesională confirmată, externate/rezolvate și validate de casa teritorială de pensii din punct de vedere al respectării criteriilor de internare;
- tariful mediu negociat pe caz de boală profesională confirmată, externat pentru spitalizare continuă sau de zi;
- b) trimestrial, pentru fiecare tip de spitalizare, în funcție de numărul de externări realizat, cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, și tariful mediu negociat pe caz, ținând cont și de numărul de externări contractat, se efectuează o regularizare.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mic decât numărul de externări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care numărul de externări/rezolvări realizat pentru fiecare tip de spitalizare, continuă, de zi sau pentru ambulatoriu, după caz, este mai mare decât numărul de externări/rezolvări contractat pentru spitalizarea continuă, de zi, respectiv pentru ambulatoriu, se poate accepta la decontare o depășire cu maximum 10% a numărului de externări/rezolvări pentru fiecare tip de spitalizare.

Casele teritoriale de pensii pot accepta la decontare aceste depășiri dacă secțiile/clinicile de boli profesionale au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate cu această destinație la nivelul caselor teritoriale de pensii.

Art. 6. — (1) Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin *confort standard* se înțelege:

- în ceea ce privește cazarea, salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor

igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea);

- în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative.

(2) Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite de fiecare unitate furnizoare pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort și cele corespunzătoare confortului standard.

Art. 7. — (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă asiguraților pe bază de recomandare medicală, numai în cazul afecțiunilor în care nu există alte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza fișelor de solicitare similare celor utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la care se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu.

Art. 8. — Unitățile sanitare cu personalitate juridică suportă din sumele contractate cu casele teritoriale de pensii suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punct de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, precum și suma aferentă transportului pentru asigurații transferați în alte unități spitalicești, numai pentru situațiile de boli profesionale confirmate.

Art. 9. — (1) Suma anuală prevăzută în contractul de furnizare de prestații medicale încheiat cu casele teritoriale de pensii se defalcă de către spitale pe trimestre și luni caselor teritoriale de pensii.

(2) Casa teritorială de pensii decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face plata, condiționat de existența următoarelor documente:

- factura și documentele justificative însoțitoare;
- fișa BP2 de declarare a bolii profesionale.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele teritoriale de pensii, spitalele vor întocmi liste de așteptare pentru cazurile programabile.

(4) Spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii, până la data de 5 a lunii curente pentru luna precedentă, realizarea indicatorilor contractați.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta caselor teritoriale de pensii realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați, în vederea regularizării trimestriale. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat.

Art. 10. — Contractele pentru furnizarea prestațiilor medicale acordate în spitale se semnează, din partea spitalelor, de către personalul din conducerea spitalului — directorul general, directorul general adjunct medical, directorul financiar-contabilitate și, după caz, directorul de îngrijiri și directorul pentru reformă — care răspunde, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției, iar din partea caselor teritoriale de pensii, de către directorul executiv, directorul executiv adjunct economic. Contractul este vizat de către un reprezentant al compartimentului de accidente și boli profesionale din cadrul casei teritoriale de pensii.

**LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN CLINICI/SECȚII
DE BOLI PROFESIONALE - SPITALIZARE DE ZI.**

	Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal decontat
	MEDICINA MUNCII	
1	Consultația inițială de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesională, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunității internării). Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.	
2	Consultația de control include efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice, reevaluări, tratament etc. Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesională.	
3	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
4	Spirometrie (efectuare, interpretare).	
5	Aerosoli/caz (ședință)	
6	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
7	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
8	Examen electromiografic (efectuare, interpretare).	
9	Audiometrie la căști (tonală) (efectuare, interpretare).	
10	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
11	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
12	Evaluare psihologică.	
13	Psihoterapie.	
14	Probe funcționale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
15	Acordarea asistenței medicale de urgență pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală.	
16	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare).	
17	Gazometrie (efectuare, interpretare).	
18	Pletismografie (efectuare, interpretare).	
19	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumoconioze.	
20	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
21	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

*) Anexa nr. 4 este reprodusă în facsimil.

LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN CLINICI/SECȚII DE BOLI PROFESIONALE SPITALIZARE CONTINUĂ

	Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal decontat
	MEDICINA MUNCII	
1	Consultația inițială de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesională, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunității internării). Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.	
2	Consultația de control include efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice, reevaluări, tratament etc. Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesională.	
3	Teste cutanate (prick, patch sau IDR) cu seturi standard de alergeni - inclusive profesionali - (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv și negativ) (efectuare, interpretare).	
4	Teste de provocare nazală, oculară, bronșică (efectuare, interpretare).	
5	Teste cutanate la agenți fizici (maximum 4 teste) (efectuare, interpretare).	
6	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
7	Spirometrie (efectuare, interpretare).	
8	Aerosoli/caz (ședință)	
9	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor (efectuare, interpretare).	
10	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
11	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
12	Examen electromiografic (efectuare, interpretare).	
13	Audiometrie la căști (tonală) (efectuare, interpretare).	
14	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
15	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
16	Evaluare psihologică.	
17	Psihoterapie.	
18	Probe funcționale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
19	Acordarea asistenței medicale de urgență pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală.	
20	Transfer alveolo-capilar (efectuare, interpretare).	
21	Gazometrie (efectuare, interpretare).	
22	Pletismografie (efectuare, interpretare).	
23	Interpretare de radiografii pulmonare prin comisia de pneumoconioze.	
24	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
25	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

NOTĂ: Serviciile medicale preventive (examenul medical la angajare, controlul medical de adaptare, controlul medical periodic, examenul medical la reluarea activității, consultații spontane) nu fac obiectul prezentului contract. Costul acestor servicii medicale preventive este suportat direct de către angajator.

**LISTA SERVICIILOR MEDICALE ACORDATE ÎN SISTEM
AMBULATORIU PRIN CABINETELE DE MEDICINA MUNCII
AFLATE ÎN STRUCTURA SPITALELOR**

	Denumire specialitate/serviciu	Tarif maximal decontat
	MEDICINA MUNCII	
1	Consultația inițială de medicina muncii (anamneza, inclusiv anamneza profesională, examen clinic, stabilirea diagnosticului și instituirea tratamentului, precum și stabilirea oportunității internării). Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia profesională.	
2	Consultația de control include efectuarea și/sau interpretarea unor investigații complementare specifice, reevaluări, tratament etc. Recomandări privind reabilitarea medicală, reorientarea și reinsertia și reinsertia profesională.	
3	Peakflow metrie (efectuare, interpretare).	
4	Spirometrie (efectuare, interpretare).	
5	Aerosoli/caz (ședință)	
6	Spirogramă (efectuare, interpretare).	
7	Examen electrocardiografic (efectuare, interpretare).	
8	Oscilometrie (efectuare, interpretare).	
9	Audiometrie la căști (tonală) (efectuare, interpretare).	
10	Administrare de medicamente (im, iv, sc, po).	
11	Examen ecografic general (abdomen și pelvis) (efectuare, interpretare).	
12	Probe funcționale cardiovasculare în medicina muncii (efectuare, interpretare).	
13	Testul presor la rece (efectuare, interpretare).	
14	Testul de provocare la rece (efectuare, interpretare).	

NOTĂ: Serviciile medicale preventive (examenul medical la angajare, controlul medical de adaptare, controlul medical periodic, examenul medical la reluarea activității, consultații spontane) nu fac obiectul prezentului contract. Costul acestor servicii medicale preventive este suportat direct de către angajator.

ANEXA Nr. 5)
la normele metodologice*

LISTA P2

Criterii de trimitere și criterii de internare în clinici/secții de boli profesionale

1. CRITERII DE TRIMITERE:

- Suspiciune de boală profesională
- Diagnostic de boală profesională confirmată

2. Criterii de internare:

- investigarea pacienților în vederea stabilirii diagnosticului de boală profesională.
- asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare/reabilitare medicală și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv, pentru pacienții diagnosticați cu boli profesionale.

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedepasabil sau necesită supraveghere medicală continuă.
- urgențe medicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă.
- alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

Documente necesare pentru internare în clinici/secții de boli profesionale :

1. Bilet de internare cu suspiciunea de boală profesională sau cu diagnostic de boală profesională confirmată eliberat de medicul de medicina muncii, medicul de familie, medicul de alta specialitate.

2. Document de obiectivizare a expunerii profesionale :

- Fișa de expunere la riscuri profesionale semnată de angajator.

Notă: Fac excepție : situația de faliment a întreprinderii, și bolnavii aflați în evidența clinicii/secției boli profesionale cu boală profesională.

- Copie după carnet de muncă sau alt document care atestă ruta profesională.

3. Adevăriniță de salariat / talon de pensie.

4. Buletin de identitate / Carte de identitate

5. Adevăriniță de la DSP că este înregistrat cu boala profesională (declarată) din anul.....

ANEXA Nr. 6)
la normele metodologice*

Contractare servicii medicale în unități sanitare cu personalitate juridică – definiții

VTC :	Valoarea totală contractată;
S :	Servicii medicale;
S-SC:	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă;
S-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
S-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
NCE:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate;
NCE-SC:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare continuă;
NCE-SZ:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, externate după acordarea de servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
NCE-CM:	Număr de cazuri, cu boală profesională confirmată, rezolvate după acordarea de servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii aflate în structura spitalelor;
SC :	Servicii medicale contractate;
SC-SC:	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, contractate;
SC-SZ:	Servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, contractate;
SC-CM:	Servicii medicale ambulatorii efectuate în cabinete de medicina muncii din structura spitalelor, contractate;

*) Anexa nr. 6 este reprodusă în facsimil.

Se află în incapacitate temporară de muncă de la data de și a totalizat un număr de zile de concediu medical, la data de

Propun, după caz:

a) prelungirea concediului medical, considerând că bolnavul/bolnava este recuperabil/recuperabilă, cu zile, de la până la

b) pensionarea de invaliditate temporară, considerând că bolnavul/bolnava nu este recuperabil/recuperabilă în limitele duratei concediului medical prevăzut de lege.

Medic primar/specialist,

Nr. data

.....
(parafa și stampila unității sanitare)

*ANEXA Nr. 8
la normele metodologice*

C E R E R E pentru acordarea de dispozitive medicale

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat/domiciliată în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posesoare al/a actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, fiul/fiica lui și al/a, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la, solicit aprobarea achiziționării unui/unei în conformitate cu art. 23 alin. (2) lit. f) și art. 24 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

În acest scop depun următoarele acte:

— recomandare medicală nr. din data de

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că:

— sunt/nu sunt asigurat/asigurată;

— primesc/nu primesc din altă sursă un/o

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data

Semnătura

*ANEXA Nr. 9
la normele metodologice*

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

Casa Teritorială de Pensii

I N V I T A Ț I E

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora, la spitalul/policlinica din str. nr. ..., camera, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, pentru începerea procedurilor de protezare.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor sociale,

.....

(semnătura)

Responsabil compartiment accidente de muncă și boli profesionale,

.....

(semnătura)

C E R E R E
de participare la curs de recalificare sau reconversie profesională

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, având codul numeric personal, domiciliat/domiciliată în localitatea, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul, posesor/posezoare al/a actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut/născută la data de în localitatea/județul, fiul/fiica lui și al/a, angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la, solicit aprobarea efectuării unui curs de recalificare sau reconversie profesională, în conformitate cu art. 29 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că sunt/nu sunt asigurat/asigurată.

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data

Semnătura

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE
Casa Teritorială de Pensii**INVITAȚIE**

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de, luna, anul, ora ..., la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., camera, pentru aprecierea stării fizice, mentale și aptitudinale.

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

În caz de neprezentare, programarea își pierde valabilitatea, urmând să vi se aloce un nou termen, în funcție de celelalte programări.

Medic expert al asigurărilor sociale,

.....

(semnătura)

*Responsabil compartiment accidente de muncă
și boli profesionale,*

.....

(semnătura)

CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE
Casa Teritorială de Pensii**INVITAȚIE**

Vă facem cunoscut că sunteți invitat/invitată să vă prezentați în ziua de ..., luna ..., anul ..., ora ..., la, ce funcționează în localitatea, județul/sectorul, din str. nr., pentru începerea cursului de recalificare sau reconversie profesională

Veți aduce următoarele:

1.
2.
3.
4.

*Responsabil compartiment accidente de muncă
și boli profesionale,*

.....

(semnătura)

GRILĂ

privind acordarea compensațiilor pentru atingerea integrității

În conformitate cu prevederile art. 43 și ale art. 45 alin. (2) din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare, în funcție de procentul de reducere a capacității de muncă, compensațiile pentru atingerea integrității se acordă conform tabelului de mai jos:

Nr. crt.	Procentul de reducere a capacității de muncă	Numărul de salarii medii brute acordate
1.	Între 20% și 25% inclusiv	2
2.	Între 25% și 30% inclusiv	4
3.	Între 30% și 35% inclusiv	6
4.	Între 35% și 40% inclusiv	8
5.	Între 40% și 45% inclusiv	10
6.	Între 45% și 50% exclusiv	12

CERERE
de rambursare a cheltuielilor

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII

Subsemnatul/Subsemnata, în calitate de reprezentant al,
(numele și prenumele)

cu domiciliul/sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, CNP/CIUI, cont bancar, deschis la Banca, solicit rambursarea cheltuielilor ocazionate de:

- transportul de urgență
 confecționarea de: ochelari
 aparat acustic
 proteză oculară
 achiziționarea unui dispozitiv medical implantabil

pentru:, cetățenia, vârsta,
(numele și prenumele victimei)

CNP, cu domiciliul în, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, locul de muncă la care este încadrat, sediul/domiciliul angajatorului în, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul

Prezentarea pe scurt a împrejurărilor care au determinat transportul de urgență²⁾

Cuquantumul cheltuielilor este de ... lei.
Anexez la prezenta următoarele documente³⁾:

Data

Semnătura

¹⁾ Se completează numai în cazul în care solicitantul este persoană juridică.

²⁾ Se completează doar pentru cererile ce se referă la transportul de urgență.

³⁾ Se anexează, după caz, chitanțe, facturi, declarație pe propria răspundere, în cazul în care solicitantul a fost victima accidentului.

Cauze dependente de	33. executant:	[] [] [] []
	34. mijloc prod.:	[] [] [] []
	35. sarcina:	[] [] [] []
	36. mediu:	[] [] [] []

Scurta descriere a modului în care s-a produs accidentul:

Numele persoanei din unitate care poate de relații cu privire la completarea formularului:

telefon: _____

**Semnatura conducatorului
unității
Ștampila**

**Semnatura persoanei competente
care verifică formularul**

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.U.I. 427282; Atribut fiscal R,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

