

RAPORT

al Guvernului României
privind îndeplinirea dipozițiilor

Convenției Organizației Internaționale a Muncii nr. 102/1952
cu privire la normele minime de securitate socială

Cuprinse în:

Partea II-a Îngrijiri medicale
Partea a III-a Indemnizații de boală
Partea a V-a –Prestații de bătrânețe
Partea a VII-a Prestații familiale
Partea a VIII-a Prestații de maternitate

Pentru perioada 1 ianuarie-31 decembrie 2006

**Raport privind îndeplinirea
dispozițiilor Convenției nr. 102/1952 a Organizației Internaționale a Muncii cu privire la
normele minime de securitate socială**

Raport pentru perioada 1 ianuarie 2006 - 31 decembrie 2006

I. Vă rugăm să prezentați o listă a legislației și reglementărilor administrative, etc., care aplică prevederile Convenției, conform Art. 2. Vă rugăm să specificați, în fiecare caz, la care Părțile Convenției respectivele texte sunt conexe. Vă rugăm să trimiteți copii ale respectivei legislații.

Partea a II-a Îngrijiri medicale

OUG nr. 150/2002 (M. Of. nr. 838 din 20 noiembrie 2002) privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

Legea nr. 95/2006 (M. Of. nr. 372 din 28 aprilie 2006) privind reforma în domeniul sănătății – Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” – a intrat în vigoare în data de 28 mai 2008 și abrogă OUG nr. 150/2002

Hotărârea Guvernului nr. 52/2005 (M. Of. nr. 71 din 20 ianuarie 2005) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare;

HG nr. 706 din 2 iunie 2006 (M. Of. nr. 482 din 2 iunie 2006) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală – a abrogat H.G. nr. 52/2005

Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei de Asigurări de Sănătate nr. 56/45/2005 (M. Of. nr. 134 bis din 14 februarie 2005) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2005, cu modificările și completările ulterioare;

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 681/243/2006 (M. Of. nr. 569 din 30 iunie 2006) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate - a abrogat Ordinul nr. 56/45/2005

Hotărârea Guvernului nr. 235/2005 (M.O. 278 din 4 aprilie 2005) privind aprobarea pentru anul 2005 a listei denumirilor comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, cu modificările și completările ulterioare – în vigoare până la data de 2 iunie, când a fost abrogată de H.G. nr. 706/2006.

Legea nr. 306 din 28 iunie 2004 (M.O.578 din 30 iunie 2004) privind exercitarea profesiei de medic, precum și organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România. – abrogată în data de 30 iunie 2006 de **Titlul XII** – „Exercitarea profesiei de medic. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România” din **Legea nr. 95/2006**.

Partea a III-a Prestații de boală

- **O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări prin Legea nr. 399 din 6 noiembrie 2006**
- **Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 60/32/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate**

Notă: actele normative mai sus menționate se aplică și Părții a VIII-a „Prestații de maternitate ”

Partea a V-a Prestații de bătrânețe

Legea nr. 19/17.03.2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, modificată și completată prin RECTIFICAREA nr. 19 din 17 martie 2000, ORDONANȚA DE URGENȚĂ NR.41 DIN 27 aprilie 2000, ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr.171 din 19 octombrie 2000 respinsă de LEGEA nr. 16 din 10 ianuarie 2002, ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 294 din 30 decembrie 2000; ORDONANȚA DE URGENȚĂ NR.49 din 29 martie 2001; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 107 din 27 iunie 2001 respinsă de LEGEA nr.341 din 31 mai 2002; LEGEA NR.340 din 6 iulie 2001; LEGEA nr.16 din 10 ianuarie 2002; LEGEA nr 338 din 31 mai 2002; RECTIFICAREA nr. 338 din 31 mai 2002; LEGEA nr. 341 din 31 mai 2002; LEGEA NR.346 DIN 5 IUNIE 2002; ORDONANȚA nr. 61 din 29 august 2002; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 147 din 31 octombrie 2002; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 9 din 27 februarie 2003; ORDONANȚA DE URGENȚĂ NR.23 DIN 10 aprilie 2003 respinsă de LEGEA nr. 553 din 18 decembrie 2003; LEGEA nr.232 din 31 mai 2003; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 107 din 24 octombrie 2003; LEGEA nr. 553 din 18 decembrie 2003; LEGEA nr. 577 din 22 decembrie 2003; RECTIFICAREA nr. 577 din 22 decembrie 2003; LEGEA nr. 276 din 23 iunie 2004; LEGEA nr. 352 din 15 iulie 2004; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 59 din 26 august 2004; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 67 din 16 septembrie 2004; LEGEA nr. 512 din 22 noiembrie 2004; LEGEA nr. 534 din 25 noiembrie 2004; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr.129 din 9 decembrie 2004; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr.139 din 29 decembrie 2004; LEGEA NR. 210 din 4 iulie 2005; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 98 din 14 iulie 2005; LEGEA NR.321 din 10 noiembrie 2005; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 148 din 3 noiembrie 2005; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 158 din 17 noiembrie 2005; LEGEA nr.44 din 8 martie 2006; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 24 din 29 martie 2006; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 46 din 28 iunie 2006; ORDONANȚA nr. 42 din 16 august 2006; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr. 69 din 13 septembrie 2006; ORDONANȚA DE URGENȚĂ nr.90 din 20 noiembrie 2006.

ORDIN nr. 340 din 4 mai 2001 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Legii nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările aduse de: ORDINUL nr.364 din 14 mai 2001; ORDINUL nr. 518 din 6 august 2001; HOTĂRÂREA nr. 1037 din 18 octombrie 2001; ORDINUL nr. 718 din 11 decembrie 2001; HOTĂRÂREA nr. 1.105 din 10 octombrie 2002; ORDINUL nr. 516 din 29 noiembrie 2002; HOTĂRÂREA nr.1.515 din 18 decembrie 2003; ORDINUL nr.7 din 5 ianuarie 2004; ORDINUL nr.134 din 25 martie 2004; ORDINUL nr. 46 din 7 februarie 2005; ORDINUL nr.595 din 12 august 2005; ORDINUL nr. 95 din 7 februarie 2006.

Partea a VII a Prestații familiale

a) Alocația de stat pentru copii:

1. **Legea nr.61/1993, republicată**, privind alocația de stat pentru copii;
2. **Hotărârea Guvernului nr.591/1993, republicată**, privind măsurile pentru aplicarea dispozițiilor Legii nr. 61/1993 referitoare la gestionarea fondurilor, stabilirea și plata alocației de stat pentru copii, cu modificările și completările ulterioare;

b) Indemnizația pentru creșterea copilului și stimulentele lunare:

1. **Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 148/2005** privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului, aprobată cu modificări prin **Legea nr.7/2007**;
2. **Ordonanța de urgență a Guvernului nr.44/2007** pentru modificarea și completarea OUG nr.148/2005, aprobată prin **Legea nr.508/2006**;
3. **Ordonanța Guvernului nr.1/2006** pentru reglementarea unor măsuri financiar-fiscale în domeniul asigurărilor sociale;
4. **Hotărârea Guvernului nr.1025/2006** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 148/2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului.

c) Alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală;

1. **Ordonanța de urgență a Guvernului nr.105/2003** privind acordarea alocației familiale complementare și a alocației de susținere pentru familia monoparentală, aprobată cu modificări prin **Legea nr.41/2004**;
2. **Hotărârea Guvernului nr.1539 din 18 decembrie 2003** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 105/2003 privind alocația familială complementară și alocația de susținere pentru familia monoparentală;
3. **Ordinul nr.136 din 26 martie 2004** pentru aprobarea Precizărilor privind aplicarea unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 105/2003.

d) Alocația lunară de plasament:

1. **Legea nr. 272/2004** privind protecția și promovarea drepturilor copilului;
2. **Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 26/1997** privind protecția copilului aflat în dificultate.

e) Trusoul pentru nou-născuți:

1. **Legea nr. 482/2006** privind acordarea de trusouri pentru nou-născuți;
2. **Ordonanța Guvernului nr.3 din 17 ianuarie 2007** privind unele măsuri financiar-fiscale din domeniul protecției sociale, **modificată și completată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2007**.

f) Sprijinul financiar la constituirea familiei:

1. **Legea nr. 396/2006** privind acordarea unui sprijin financiar la constituirea familiei;
2. **Ordinul comun nr. 976/1537 din 15 decembrie 2006** al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei și al ministrului administrației și internelor pentru aprobarea Instrucțiunilor de aplicare a Legii nr. 396/2006 privind acordarea unui sprijin financiar la constituirea familiei.

g) Indemnizații lunare de hrană pentru adulți și copii infectați HIV/bolnavi SIDA:

1. **Legea nr.584/2002** privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA;
2. **Ordinul nr.223/2006** pentru aprobarea Metodologiei de acordare a indemnizației lunare de hrană cuvenite adulților și copiilor infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA și de control al utilizării de către cei în drept a acesteia

h) Venitul minim garantat, alocația pentru copiii nou-născuți:

1. **Legea nr. 416/2001** privind venitul minim garantat, modificată și completată prin **Legea nr.115/2006**;
2. **Hotărârea Guvernului nr. 1010/2006** pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr.416/2001, cu modificările și completările ulterioare;
3. **Ordinul nr. 41/2002** pentru aprobarea Instrucțiunilor de îndrumare și verificare a aplicării prevederilor Legii nr.416/2001 privind venitul minim garantat;
4. **Ordinul nr. 920 din 29 noiembrie 2006** privind aprobarea Procedurii de lucru în vederea implementării prevederilor art. 15 alin. (2) din Legea nr. 416/2001 și ale art. 32 alin. (2) din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1.010/2006

i) Drepturi ale persoanelor cu handicap:

1. **Legea nr. 448/2006** privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată;
2. **Ordonanță de urgență a Guvernului nr. 14 din 7 martie 2007** pentru modificarea și completarea legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap;
3. **Hotărârea Guvernului nr. 268 din 14 martie 2007** pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.;
4. **Ordinul nr. 432/14.05.2007** al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse pentru aprobarea procedurii de acordare a drepturilor prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. b), e) - g) și la alin. (2) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare.

Partea I
Dispoziții generale

România acceptă obligațiile din Părțile II, III, V, VII, VIII, XI.

Partea a -II - a Îngrijiri medicale

Articolul 9

Persoanele protejate sunt:

- a) fie categorii prevăzute de salariați, reprezentând cel puțin 50% din ansamblul salariaților, precum și soțiile și copiii salariaților din categoriile respective;
- b) fie categorii prevăzute ale populației active, reprezentând cel puțin 20% din ansamblul rezidenților precum și soțiile și copiii membrilor acestor categorii;
- c) fie categorii prevăzute de rezidenți reprezentând cel puțin 50% din ansamblul rezidenților;

A. Vă rugăm să indicați la care subparagraf al acestui articol se face referire.

B. Vă rugăm să indicați clasele de persoane protejate conform prevederilor prezentului Articol.

C. Vă rugăm să furnizați informații statistice referitoare la acest Articol, după cum urmează

- i. dacă se aplică subparagraful (a), sub forma Titlului I din Articolul 74;*
- ii. dacă se aplică subparagraful (b), sub forma Titlului II din Articolul 74;*
- iii. dacă se aplică subparagraful (c), sub forma Titlului III din Articolul 74.*

D. Vă rugăm să confirmați că soția dependentă și copiii persoanelor protejate au dreptul la prestațiile medicale prevăzute la Articolul 10, conform prevederilor prezentului Articol. Vă rugăm să furnizați informații, dacă este posibil, referitor la numărul soțiilor dependente și al copiilor protejați.

E. Dacă s-a aplicat articolul 6 (asigurare voluntară), pentru toate sau orice sistem, vă rugăm să furnizați informațiile la care se face referire la Articolul 6, în forma stabilită la articolul 6.

A. Potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România sunt asigurați toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției de asigurări sociale de sănătate.

În consecință, în cazul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România se aplică subparagraful c) al art. 9.

B. Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, pachet ce cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se suportă din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Conform art. 213 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, se identifică următoarele categorii de persoane ce beneficiază de asigurare:

1. Persoane care au calitatea de asigurat fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate:

a) toți copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;

b) tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social acordat în temeiul Legii nr.

416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare; soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

c) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 189/2000, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 - 1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. b) din Legea recunoștinței față de eroii martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii;

d) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse, cu excepția celor obținute în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 102/1999*) privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 519/2002, cu modificările și completările ulterioare;

e) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății Publice, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

f) femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

2. Persoane care au calitatea de asigurat în condițiile în care se află în una dintre următoarele situații, pe durata acesteia, cu plata contribuției din alte surse :

a) satisfac serviciul militar în termen;

b) se află în concediu pentru incapacitate temporară de muncă, acordat în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale;

c) se află în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani și în cazul copilului cu handicap, până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani;

d) execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv;

e) persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj;

f) sunt returnate sau expulzate ori sunt victime ale traficului de persoane și se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității;

g) persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. 416/2001, cu modificările și completările ulterioare;

h) pensionarii, pentru veniturile din pensii până la limita supusă impozitului pe venit;

i) persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113, 114 din Codul penal; persoanele care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei privative de libertate, dacă nu au venituri.

3. Persoane care nu se regăsesc în categoriile mai sus enumerate și care au obligația să se asigure și să plătească contribuția la asigurările sociale de sănătate, în condițiile legii;

C. În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, numărul persoanelor (rezidenților) asigurate la 31.12.2006 este în procent de 91,28 % din totalul populației rezidente.

Acest procent a fost determinat pe baza următoarelor date:

- Populația României la 01.07.2006: 21.584.365 persoane (date furnizate de Institutul Național de Statistică)

- Numărul persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie la 31.12.2006: 19.702.352 persoane (date aflate în evidența Casei Naționale de Asigurări de Sănătate).

D. Se confirmă că soția dependentă și copiii persoanelor protejate au dreptul la prestațiile medicale prevăzute la art. 10.

Conform evidențelor existente la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la 31.12.2006 erau înscrși pe listele medicilor de familie:

- copii până la vârsta de 18 ani: 4.817.508

- soț, soție, părinți fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate: 1.204.530

(în cadrul acestei categorii de persoane nu sunt evidențiate distinct date despre fiecare tip de coasigurat, de ex. soția dependentă de persoana protejată).

E. Potrivit art. 208 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, ale cărui obiective se realizează pe baza următoarelor principii:

a) descentralizarea și autonomia în conducere și administrare;

b) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

c) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

Pot funcționa și alte forme de asigurare a sănătății în diferite situații speciale. Aceste asigurări nu sunt obligatorii și pot fi oferite voluntar de organisme de asigurare autorizate conform legii.

Asigurarea voluntară complementară sau suplimentară de sănătate poate acoperi riscurile individuale în situații speciale și/sau pe lângă serviciile acoperite de asigurările sociale de sănătate.

Asigurarea voluntară de sănătate nu exclude obligația de a plăti contribuția pentru asigurarea socială de sănătate.

Articolul 10

1. Prestațiile includ cel puțin:

(a) În cazul stărilor morbide:

i. îngrijiri acordate de medici generaliști, inclusiv vizite la domiciliu;

ii. îngrijiri acordate de specialiști în spitale (unor persoane spitalizate sau nu) precum și în afara spitalelor;

iii. furnizarea de produse farmaceutice pe baza rețetelor eliberate de medici sau practicieni calificați; și

iv. spitalizare, când este necesară; și

(b) În cazul sarcinii, nașterii și urmărilor lor:

i. îngrijirile prenatale, în timpul nașterii și după naștere, acordate de un medic sau o moașă calificată;

ii. spitalizare, când este necesară.

2. Beneficiarul sau susținătorul său legal poate fi obligat să participe la cheltuielile pentru îngrijirile medicale pe care le primește beneficiarul în cazul stării morbide; regulile de participare nu trebuie să genereze o contribuție prea grea.

3. Prestația acordată conform prevederilor acestui articol are în vedere păstrarea, restabilirea sau ameliorarea sănătății persoanei protejate precum și capacitatea sa de a munci și de a face față nevoilor personale.

4. Departamentele guvernamentale sau instituțiile care acordă prestațiile trebuie să încurajeze persoanele protejate prin toate mijloacele adecvate, pentru ca acestea să recurgă la serviciile generale de sănătate puse la dispoziție de autoritățile publice sau de alte organisme recunoscute de autoritatea publică.

- A. Vă rugăm să indicați în detaliu natura prestațiilor acordate în cadrul fiecărui sistem, referitor la paragraful 1 al prezentului Articol, specificând, în mod special, produsele farmaceutice furnizate și serviciile acordate în caz de spitalizare.
- B. Dacă se aplică paragraful 2, vă rugăm indicați, pentru fiecare tip de prestație enumerată la paragraful 1(a), în ce măsură pacientul sau susținătorul său trebuie să participe la costul prestațiilor medicale primite. Vă rugăm să precizați măsurile luate pentru a asigura faptul că participarea la suportarea cheltuielilor nu este prea împovărătoare.
- C. Vă rugăm să confirmați faptul că, în conformitate cu paragraful 2, nu este necesară participarea la cheltuieli în caz de sarcină și naștere și consecințele acesteia. Dacă sistemul prevede rambursarea costurilor pe care beneficiarul sau susținătorul a fost obligat să le suporte pentru obținerea prestațiilor prevăzute la paragraful 1(b), vă rugăm să furnizați orice informație disponibilă pentru a ilustra faptul că beneficiarul sau susținătorul său nu participă la costul acestor prestații.
- D. Vă rugăm să prezentați în detaliu toate măsurile luate pentru aplicarea prevederilor paragrafelor 3 și 4 ale prezentului Articol.

A. În România, asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite lege. (art. 218 alin.(1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare).

1.a) Asigurații au dreptul și beneficiază de :

- servicii medicale acordate de medicul de familie pe lista căruia este înscris ;
- servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;
- controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;
- servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- servicii medicale de urgență;
- unele servicii de asistență stomatologică;
- tratament fizioterapeutic și de recuperare;
- servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ;

i) Asistența medicală primară se asigură e către medicul de familie, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate între aceștia și casele de asigurări de sănătate. (Art.21 (1) din Anexa nr. 1 la H.G. nr. 706/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală)

În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, medicii de familie, asigură :

- asistență medicală pentru asigurații înscriși în lista proprie, potrivit pachetului de servicii medicale de bază;
- asistență medicală pentru situații de urgență, oricărei persoane care are nevoie de aceste servicii;
- asistență medicală persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și a plății contribuției la fondul național unic de asigurări sociale de sănătate conform pachetului minimal de servicii medicale;
- asistență medicală categoriilor de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate potrivit legii, conform pachetului de servicii prevăzut în norme pentru acestea.

Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale de care beneficiază persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate sunt prevăzute în norme. (Art. 109 din anexa 1 la H.G. nr. 706/2006).

Medicul de familie are obligația să prescrie medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Medicul de familie refuză transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuția personală a asiguraților și investigații paraclinice care sunt urmare a unor acte medicale prestate de alți medici. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice stabilită și inițiată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală. (Art. 31 lit. i) din anexa 1 la H.G. nr. 706/2006).

În cadrul pachetului de servicii medicale de bază, medicul asigură și asistență medicală la domiciliu pentru persoanele care nu se pot deplasa, aceste categorii de persoane fiind specificate în norme (Cap. I, lit. B, pct. 7 din Anexa nr. 1 la Ordin comun MS/CNAS nr. 681/243/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare).

ii) Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de medici de specialitate, medici dentiști și dentiști, împreună cu personal mediu sanitar și alte categorii de personal și cu personalul sanitar din serviciile conexe actului medical și se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform prevederilor legal în vigoare, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

b) unități sanitare ambulatorii de specialitate, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare, aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie;

c) ambulatorii de specialitate din structura spitalelor autorizate și evaluate, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești și din rețeaua Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;

d) laboratoare medicale de radiologie și imagistică medicală, de analize medicale, explorări funcționale, pentru servicii medicale paraclinice, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;

e) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare; (Art. 40 din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Medicii de specialitate din ambulatoriile de specialitate acordă următoarele tipuri de servicii medicale: examen clinic, investigații paraclinice și tratamente profilactice și curative. (Art. 43 din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Pachetul de servicii medicale de bază, pentru fiecare segment de asistență medicală de specialitate : clinică, paraclinică și stomatologice este definit prin Normele Metodologice de aplicare a Contractului cadru. (Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 681/243/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate pentru care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie, cu excepția urgențelor și a consultațiilor de control pentru afecțiunile confirmate prevăzute în [anexa nr. 10](#) la ordin, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face

direct, fără alt bilet de trimitere. (Cap. I, pct. 1, lit A din Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 681/243/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Persoanele care nu pot face dovada calității de asigurat, beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor și al bolilor cu potențial endemo-epidemic în cadrul unui pachet minimal de servicii definit prin Normele Metodologice de aplicare a Contractului cadru. (Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 681/243/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Persoanele care se asigură facultativ, beneficiază în cadrul acestui domeniu de asistență medicală de un pachet de servicii medicale stabilit prin Normele Metodologice de aplicare a Contractului cadru. (Anexa nr. 8 la Ordinul nr. 681/243/2006, cu modificările și completările ulterioare).

iii) Asigurații beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală. Modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor se prevăd în contractul-cadru. (Art. 231 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală se elaborează de către Ministerul Sănătății Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și se aprobă prin hotărâre a Guvernului. În listă se pot include numai medicamente prevăzute în Nomenclatorul de produse. (Art. 232 din Legea OUG nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Medicamentele cu și fără contribuție personală se asigură de farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății Publice, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate. (Art. 89 alin.(1) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Lista cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, denumită în continuare listă, se elaborează anual de Ministerul Sănătății Publice și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, și se aprobă prin hotărâre a Guvernului. (Art. 89 alin.(2) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Lista, după 3 luni de la intrarea în vigoare, se modifică/se completează trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății Publice, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație. (Art. 89 alin.(3) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Lista cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, este cuprinsă în Anexa nr. 2 la HG nr. 706/2006.

iv. Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate/evaluate conform legii, care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.(Art. 56 alin. (1) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Asistența medicală spitalicească se asigură cu respectarea următoarelor criterii:

- urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial, care necesită supraveghere medicală continuă;

- diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu;

- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, pacientul este nedeplasabil sau necesită izolare;

- alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul șef de secție.

(Art. 56 alin. (4) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unități sanitare ambulatorii sau a medicilor din unitățile de asistență medico-socială, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Excepție fac urgențele medico-chirurgicale și bolile cu potențial endemo-epidemic, care necesită izolare și tratament, și internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la [art. 105](#), [113](#) și [114](#) din Convenția penal, precum și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau al urmăririi penale. (Art. 59 din anexa 1 la HG nr. 706/2006)

Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

- spitalizare continuă;
- spitalizare de o zi;
- spitalizare de zi. (Art. 56 alin. (3), anexa 1 la HG nr. 706/2006)

Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și cuprind:

- consultații;
- investigații;
- stabilirea diagnosticului;
- tratamente medicale și chirurgicale;
- îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă. (Art. 58 alin. (1), anexa 1 la HG nr. 706/2006).

În unitățile sanitare ambulatorii autorizate de Ministerul Sănătății Publice se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc pentru asigurații care nu necesită internare, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical stabilit prin norme. (Art. 58 alin. (2), anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Furnizorul de servicii medicale spitalicești are obligația de a întocmi liste de așteptare pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale. (Art. 61 alin.(1) lit.c) din anexa 1 la HG nr. 706/2006) .

1. (b) În cazul sarcinii, nașterii și urmărilor lor:

i) În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, printre serviciile profilactice suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, se regăsesc următoarele:

- a) monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului;
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- d) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări;
- e) servicii de planificare familială, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

Detalierea serviciilor prevăzute și modalitățile de acordare se stabilesc în contractul-cadru. (Art. 223 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare)

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale sunt obligați să acorde servicii medicale și să efectueze analize medicale și alte investigații paraclinice în regim de urgență femeii gravide. (art. 15 lit. p) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

ii). Spitalizarea, când este necesară, se face conform celor menționate la punctul 1 lit. a) subpct. iv din prezentul material.

B. Potrivit art. 233 alin.(1) și (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, contravaloarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor categoriilor de persoane prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din același act normativ, și pentru femeile gravide și lăuze se suportă din fond, la nivelul prețului de referință sau al prețului de decontare.

Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute în actele normative de la art. 213 alin. (1) lit. c) și d) din lege, se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru.

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, farmaciile au dreptul de a încasa de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A și B, asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu

amănuntul și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate; (art. 15 lit. p) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru fiecare medicament corespunzător denumirii comune internaționale (DCI) din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele la care nu se stabilește preț de referință. Prețul de decontare este cel prevăzut prin ordin al ministrului sănătății publice. (art. 94 alin.(1) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din sublista C este de 100% din prețul de referință. (art. 94 alin.(2) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Prețul de referință reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație. (art. 94 alin.(3) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni vor beneficia de medicamente gratuite fără plafonare valorică și cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 12 luni va fi suportată integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare. (art. 95 alin.(9) din anexa 1 la HG nr. 706/2006).

C. Se confirmă că nu este necesară participarea la cheltuieli în caz de sarcină, naștere și consecințele acesteia, în condițiile în care persoana respectivă este asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate și dacă :

- serviciile medicale sunt acordate de furnizori aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
- persoana asigurată, nu solicită servicii medicale care nu sunt decontate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate, servicii prevăzute la art.237 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

D. Potrivit art. 223 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații, direct sau prin intermediul medicilor cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, vor fi informați permanent de către casele de asigurări asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.

Asigurații în vârstă de peste 18 ani au dreptul la control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru. (art. 225 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare).

Articolul 11

Prestațiile menționate la art.10 trebuie garantate cel puțin persoanelor protejate care au îndeplinit, personal sau prin susținătorul familiei, un stagiul necesar pentru a evita abuzurile.

Vă rugăm să precizați, pentru fiecare sistem în parte, durata perioadelor de calificare care sunt considerate necesare pentru prevenirea abuzurilor. Vă rugăm să prezentați succint regulile referitoare la totalizarea perioadelor de calificare.

Legislația ce reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate nu instituie obligativitatea unei durate a perioadei de calificare, atât pentru persoana asigurată cât și pentru persoana co-asigurată . Persoana este asigurată din momentul plății contribuției la fondul național de asigurări sociale de sănătate.

Articolul 12

Prestațiile menționate la art.10 trebuie acordate pe toată durata riscului, cu excepția stărilor morbide, în cazul cărora durata de acordare a prestațiilor se poate limita la 26 săptămâni pentru fiecare caz; prestația medicală nu se poate suspenda pe durata plății unei indemnizații de boală și durata limită de acordare a prestațiilor trebuie majorată în cazul bolilor pentru care legislația națională prevede îngrijiri prelungite.

1. *Vă rugăm să precizați, pentru fiecare sistem în parte, dacă durata tuturor prestațiilor medicale menționate în paragraful 1(a) al Art. 10 este limitată; dacă răspusul este afirmativ, vă rugăm să indicați:*
 - a) *limita sau limitele fixate, pentru fiecare tip de prestație;*
 - b) *limita sau limitele în cazul bolilor recunoscute ca necesitând îngrijire prelungită.*
2. *Vă rugăm să indicați, referitor la Articolul 68, dacă există prevederi referitoare la suspendarea prestațiilor medicale la care se referă Art. 10, pentru fiecare sistem în parte.*

Prestațiile menționate la art.10 trebuie acordate pe toată durata riscului, cu excepția stărilor morbide, în cazul cărora durata de acordare a prestațiilor se poate limita la 26 săptămâni pentru fiecare caz; prestația medicală nu se poate suspenda pe durata plății unei indemnizații de boală și durata limită de acordare a prestațiilor trebuie majorată în cazul bolilor pentru care legislația națională prevede îngrijiri prelungite.

Durata prestațiilor medicale menționate la paragraful 1 (a) al art. 10 nu este limitată.

Așa cum am menționat anterior, în România, asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite lege.

Partea a III-a Indemnizații de boală

Articolul 15

Persoanele protejate sunt:

- a) fie categorii prevăzute de salariați, reprezentând cel puțin 50% din ansamblul salariaților;
- b) **fie categorii prevăzute ale populației active, reprezentând cel puțin 20% din ansamblul rezidenților;**
- c) fie toți rezidenții ale căror resurse în timpul riscului social nu depășesc limitele prevăzute în art.67;

A. *Vă rugăm să indicați sub-paragraful acestui articol care se aplică.*

B. *Vă rugăm să indicați clasele de persoane protejate conform prevederilor prezentului Articol, în afara cazului în care s-a aplicat sub-paragraful (c);*

C. *Vă rugăm să furnizați informații statistice referitoare la acest Articolul, după cum urmează*

i. dacă se aplică sub-paragraful (a), sub forma Titlului I din Articolul 74;

ii. dacă se aplică sub-paragraful (b), sub forma Titlului II din Articolul 74;

iii. dacă se aplică sub-paragraful (c), sub forma Titlului III din Articolul 74.

D. *Dacă se aplică articolul 6 (asigurare voluntară), pentru toate sau orice sistem, vă rugăm să furnizați informațiile la care se face referire la Articolul 6, în forma stabilită la articolul 6.*

A . Sub-paragraful articolului aplicabil în legislația națională este (b);

B . Persoanele protejate conform prevederilor acestui articol sunt asigurații, cetățeni români, cetățeni ai altor state sau apatrizi, pe perioada în care au, conform legii, domiciliul sau reședința în România și anume:

- persoanele cu contract individual de muncă ;
- funcționarii publici ;
- persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului;
- membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești;

- șomerii (persoanele care beneficiază de drepturi bănești lunare suportate din bugetul asigurărilor pentru șomaj);

Notă: aceste categorii de persoane sunt asigurate obligatoriu pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate

C. Numărul persoanelor active, la nivel național, asigurate pentru concedii și indemnizații în sistemul de asigurări sociale de sănătate 4.775.370, în anul 2006 .

D. , Legislația națională a prevăzut posibilitatea unei asigurări voluntare, pe bază de declarație de asigurare pentru concedii și indemnizații - art. 1 alin. (2) din OUG nr. 158/2005.

Astfel, se pot asigura, pe bază de declarație de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, persoanele care nu sunt asigurate obligatoriu și sunt :

- a. asociați, comanditari sau acționari;
- b. administratori sau manageri care au încheiat contract de administrare ori de management;
- c. membri ai asociației familiale;
- d. autorizate să desfășoare activități independente;

Numărul persoanelor active, la nivel național, asigurate facultativ pentru concedii și indemnizații în sistemul de asigurări sociale de sănătate este de 7.810, pentru anul 2006

Articolul 16

1. În cazul protejării categoriilor de salariați sau a categoriilor populației active, prestația se va face sub forma unei plăți periodice calculate conform prevederilor art.65 sau art.66.

2. În cazul protejării categoriilor de rezidenți ale căror resurse nu depășesc limitele prevăzute pe durata producerii riscului social, prestația se va face sub forma unei plăți periodice calculate conform art.67; o prestație prevăzută trebuie garantată tuturor persoanelor menționate la art. 15 a sau b, indiferent de venituri.

A. Dacă se aplică sub-paragraful (a) sau (b) al Art. 15 pentru determinarea persoanelor protejate, vă rugăm să precizați dacă pentru calculul prestației s-au aplicat prevederile Art. 65 sau cele ale Art.66.

Vă rugăm să furnizați informațiile conform prezentului Articol după cum urmează:

- i. dacă se aplică Art. 65, în forma prezentată la Titlurile I, II și V ale Articolului 65;
- ii. dacă se aplică Art. 66, în forma prezentată la Titlurile I, II și V ale Articolului 66.

B. Dacă, în cazul Art. 15 se aplică sub-paragraful (c) pentru determinarea persoanelor protejate, vă rugăm să furnizați pentru prezentul Articol informațiile în forma prezentată la Titlul I, II și V ale Articolului 67 sau în Titlul I al Art. 66;

Dacă se aplică la sub-paragraful (d) al Art. 67, vă rugăm să furnizați informațiile în forma prezentată la diferitele Titluri ale Art.67.

Vă rugăm să precizați ce măsuri au fost luate pentru a garanta, indiferent de venituri, o prestație stabilită pentru o clasă stabilită de persoane, determinată conform Art. 15 (a) sau (b).

2. A. Pentru determinarea cuantumului prestației (indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii) este aplicabil art. 65 al Convenției.

Cuantumul se stabilește prin aplicarea unui procent de 75% , iar în situații grave, expres prevăzute de lege, procentul este de 100%, la baza de calcul stabilită conform legii.

Baza de calcul a indemnizației se determină ca medie a veniturilor lunare din ultimele 6 luni, pe baza cărora s-a achitat contribuția pentru concedii și indemnizații, în lunile respective.

B. În legislația națională sub-paragraful paragrafului 6 al art. 65, care se poate aplica în legislația națională este (b).

C. Cuantumul salariului angajatului calificat de sex masculin ale cărui câștiguri se referă paragraful 3 al art.65 al Convenției: 984 RON.

Potrivit art. 2 lit. a) din OUG nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări de sănătate, la care au dreptul asigurații, sunt concediile medicale și indemnizațiile pentru incapacitatea temporară de muncă, cauzată de boli obișnuite sau accidente în afara muncii. Potrivit art.10 din același act normativ, baza de calcul a acestei indemnizații se determină ca medie a veniturilor lunare din ultimele 6 luni din cele 12 luni din care se constituie stagiul de cotizare, până la limita a 12 salarii minime brute pe țară lunar, pe baza cărora se calculează contribuția pentru concedii și indemnizații.

Cuantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă se determină prin aplicarea procentului de 75% asupra bazei de calcul menționată.

Cuantumul brut lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă, determinată de tuberculoză, SIDA, neoplazii, precum și de o boală infectocontagioasă din grupa A și de urgențe medico-chirurgicale este de 100% din baza de calcul.

Alegerea beneficiarului standard pentru acest capitol

A fost ales ca beneficiar standard un meșter deosebit deoarece reprezintă cel mai mare număr de muncitori calificați din industria prelucrătoare, conform Tabelului nr. 6 "Efectivul salariaților, pe grupe majore de ocupații, pe sexe și pe activități ale economiei naționale la 31 octombrie 2006", pagina 89 din lucrarea "Repartizarea salariaților pe grupe de salarii realizate în luna octombrie 2006"

Numărul total de salariați meșteșugari și salariați care au lucrat în luna octombrie 2006 este de 439338.

Calcul incapacitate temporară de muncă: beneficiar standard.

Beneficiar standard: bărbat.

Salariul anterior apariției riscului: 984 RON

Media veniturilor salariale: $984 \times 6 = 5904 / 6 = 984$ (am considerat că beneficiarul standard are un venit constant timp de 6 luni).

Indemnizație incapacitate temporară de muncă (boală obișnuită): $984 \times 75\% = 738$ RON,

Cuantumul prestației acordate în timpul perioadei de referință este de 738 RON

Rata de înlocuire a prestației cu salariul anterior avut anterior apariției riscului 83%

(Cuantumul prestației + 2 x cuantumul alocației pentru copii)/salariul anterior apariției riscului=

$(738 + 2 \times 24) / 938 = 786 / 938 = 0,83$

Condiția necesară a fi îndeplinită pentru cuantumul indemnizației de boală este de a fi mai mare decât 45% din salariul anterior apariției riscului. Această condiție este îndeplinită.

Articolul 17

În cazul riscului social acoperit, prestația menționată la art.16 trebuie garantată cel puțin persoanelor care au efectuat un stagiul necesar pentru evitarea abuzurilor.

Vă rugăm să precizați, pentru fiecare sistem în parte, durata perioadelor de calificare care sunt considerate necesare pentru prevenirea abuzurilor. Vă rugăm să prezentați succint regulile referitoare la totalizarea perioadelor de calificare.

Asigurații au dreptul la indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, cauzată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii, dacă au un stagiul de cotizare realizat de cel puțin 6 luni în ultimele 12 luni anterioare primei zile de concediu medical. Începând cu 9 noiembrie 2006, data intrării în vigoare a Legii nr. 399/2006 prin care s-a aprobat, cu modificări, OUG nr. 158/2005, stagiul minim de cotizare pentru obținerea dreptului la indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă este de 1 lună (22 de zile lucrătoare), realizat în ultimele 12 luni anterioare lunii producerii riscului .

Pentru cazurile de urgență medico-chirurgicală, neoplazii, tuberculoză, SIDA, precum și pentru cazurile de boli infecto – contagioase din grupa A, dreptul la indemnizație nu este condiționat de realizarea stagiului de cotizare.

Articolul 18

Prestația menționată în art.16 trebuie acordată pe toată durata riscului social produs, cu rezerva că se poate limita la 26 săptămâni pentru fiecare caz de boală, cu posibilitatea de a nu plăti prestația în primele 3 zile de suspendare a câștigului.

1. Vă rugăm să precizați, pentru fiecare sistem în parte, dacă durata prestației în caz de boală este limitată și dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să indicați limita sau limitele fixate, și modul în care acestea sunt determinate. Vă rugăm să precizați dacă este prevăzută o perioadă de calificare, iar dacă există, indicați durata acestei perioade și regulile referitoare la modul de calcul al acesteia.

2. Vă rugăm să indicați, referitor la Articolul 68, dacă există prevederi referitoare la suspendarea prestațiilor în caz de boală, pentru fiecare sistem în parte.

1. Durata de acordare a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă este de 90 de zile din prima zi de incapacitate, care poate fi prelungită, cu avizul medicului expert al asigurărilor sociale, până la 183 de zile, în intervalul de un an, socotit din prima zi de îmbolnăvire. În situații temeinic motivate de posibilitatea recuperării capacității de muncă, concediul medical se poate prelungi peste cele 183 de zile, cu maximum 90 de zile.

Pentru anumite situații (boli speciale expres prevăzute de lege) durata de acordare a concediului și indemnizației aferente este mai mare (boli cardiovasculare, tuberculoză, neoplazii, SIDA etc. – art. 13 alin. (3) din OUG nr. 158/2005).

Asigurații au dreptul la indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă începând cu prima zi de incapacitate.

Perioada de stagiul de cotizare necesar în vederea acordării indemnizației este menționată la art.17.

2. Nu există astfel de prevederi în legislația națională.

Articolul 26

1. Riscul social acoperă supraviețuirea peste o vârstă prevăzută.
2. Vârsta prevăzută nu trebuie să depășească 65 ani sau o vârstă mai mare dacă numărul rezidenților de această vârstă nu este mai mare decât 10% din numărul rezidenților sub acea vârstă, dar care depășesc vârsta de 15 ani.
3. Legislația națională poate prevedea:
 - a) suspendarea prestațiilor în cazul în care persoana îndreptățită exercită anumite activități remunerate prevăzute;
 - b) reducerea prestațiilor contributive în cazul în care câștigul beneficiarului depășește o sumă prevăzută;
 - c) reducerea prestațiilor necontributive în cazul în care câștigul beneficiarului sau celelalte resurse sau ambele depășesc o sumă prevăzută.

Vă rugăm să indicați, pentru fiecare sistem în parte, vârsta pentru acordarea prestației de bătrânețe. Dacă vârsta este mai mare de 65 ani, vă rugăm să indicați numărul de rezidenți care au atins această vârstă ca procent din numărul total de rezidenți sub această vârstă, dar mai mare decât 15 ani.

Vă rugăm să precizați dacă se aplică paragraful 3 al prezentului Articol și, în acest caz, vă rugați să rezumați regulile referitoare la suspendarea sau reducerea prestației în cazul în care beneficiarul desfășoară o activitate remunerată.

Pensia pentru limită de vârstă se acordă asiguraților care îndeplinesc, cumulativ la data pensionării, condițiile privind vârsta standard de pensionare și stagiul minim de cotizare realizat în sistemul public din România.

Vârsta standard de pensionare este de 60 de ani pentru femei și 65 de ani pentru bărbați.

Legea prevede creșterea treptată a vârstelor de pensionare, pornindu-se de la condițiile prevăzute de vechea legislație în domeniu (57 de ani pentru femei și 62 de ani pentru bărbați), urmând a fi atinse condițiile menționate de noul act normativ în luna noiembrie a anului 2014 (pentru femei) și în luna martie a anului 2015 (pentru bărbați).

În anul 2006, vârsta standard pentru femei a crescut de la 57 de ani și 9 luni la 57 de ani și 11 luni, iar pentru bărbați de la 62 de ani și 9 luni la 62 de ani și 11 luni.

Conform legislației naționale, pensionarii pentru limită de vârstă pot cumula pensia cu veniturile realizate dintr-o activitate profesională, indiferent de nivelul veniturilor respective.

Articolul 27

Persoanele protejate sunt:

- a) fie categorii prevăzute de salariați, reprezentând cel puțin 50% din ansamblul salariaților;
- b) fie categorii prevăzute ale populației active, reprezentând cel puțin 20% din ansamblul rezidenților;
- c) fie toți rezidenții ale căror resurse pe durata producerii riscului social, nu depășesc limitele prevăzute în art. 67;

A. Vă rugăm să indicați sub-paragraful prezentului articol care se aplică.

B. Vă rugăm să indicați clasele de persoane protejate conform prevederilor prezentului Articol, în afara cazului în care se aplică sub-paragraful (c).

C. Vă rugăm să furnizați informații statistice referitoare la acest Articolul, după cum urmează:

- i. dacă se aplică sub-paragraful (a), sub forma Titlului I din Articolul 74;
- ii. dacă se aplică sub-paragraful (b), sub forma Titlului II din Articolul 74;
- iii. dacă se aplică sub-paragraful (c), sub forma Titlului III din Articolul 74.

D. Dacă se aplică articolul 6 (asigurare voluntară), pentru toate sau orice sistem, vă rugăm să furnizați informațiile pentru acest articol, în forma stabilită la articolul 6.

A/. Sub-paragraful articolului care se aplică în legislația națională este (a) sau (b);

B/. Persoanele protejate conform prevederilor acestui articol sunt cele menționate la art. 15, B/ și anume asigurații, cetățeni români, străini sau apatrizi, pe perioada în care au, conform legii, domiciliul sau reședința în România:

- persoanele cu contract individual de muncă ;
- funcționarii publici ;
- persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului;
- membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești;
- șomerii (persoanele care beneficiază de drepturi bănești lunare suportate din bugetul asigurărilor pentru șomaj);
- persoanele care realizează venituri brute pe an calendaristic echivalente cu cel puțin 3 salarii medii brute pe economie.

C/. Numărul persoanelor active, la nivel național, asigurate prin sistemul general (sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale), în perioada de referință, este de 5 770 071 (salariați și alte persoane asigurate).

Numărul asiguraților la nivel național (persoane active și pensionari de bătrânețe) este de 11 408 568.

D/. În concordanță cu prevederile art.5, legislația națională a prevăzut posibilitatea unei asigurări voluntare, pe bază de contract de asigurare.

Se pot asigura, pe bază de contract de asigurare socială, până la plafonul prevăzut de lege (cinci salarii medii brute pe economie), persoanele care nu sunt obligatoriu asigurate prin efectul legii, cele care nu se află în plata unor prestații de asigurări sociale în sistemul public, cele care nu urmează cursurile de zi ale învățământului universitar, organizat potrivit legii, cele care nu satisfac serviciul militar ca militar în termen sau militar cu termen redus, pe durata legal stabilită, nu sunt concentrate, mobilizate sau în prizonierat, precum și cele care nu sunt asigurate în alte sisteme de asigurări sociale, neintegrate în sistemul public.

Numărul persoanelor active, la nivel național, asigurate facultativ în sistemul general (sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale) este de 70 018 (salariați și alte persoane asigurate).

Articolul 28

Prestația va fi acordată sub forma unei plăți periodice calculată după cum urmează:

- a) în cazul protejării unor categorii de salariați sau al unor categorii ale populației active, conform prevederilor art.65, respectiv art.66;
- b) în cazul protejării tuturor rezidenților cu resurse nedepășind o anumită limită prevăzută, conform prevederilor art.67.

A. Dacă se aplică sub-paragraful (a) sau (b) al Art. 27 pentru determinarea persoanelor protejate vă rugăm să precizați dacă, pentru calculul prestației de bătrânețe s-au aplicat prevederile Art. 65 sau cele ale Art.66.

Vă rugăm să furnizați informațiile conform prezentului Articol după cum urmează:

- i. dacă se aplică Art. 65, în forma prezentată la Titlul I, III și V ale Articolului 65;
- ii. dacă se aplică Art. 66, în forma prezentată la Titlul I, III și V ale Articolului 66.

B. Dacă se aplică sub-paragraful (c) al Art. 27, vă rugăm să furnizați informațiile pentru prezentul Articol în forma prezentată la Titlul și III ale Art.67 și la Titlul I al Art. 66.

Dacă se aplică prevederile sub-paragrafului (d) al Art.67 vă rugăm să furnizați informațiile sub forma diferitelor titluri ale Art. 67.

C. Dacă se aplică Art. 65, Art.66 sau Art. 67, vă rugăm să furnizați informațiile referitoare la revizuirea cuantumului prestației de bătrânețe în forma prezentată la Titlul VI al Art. 65.

A/. Pentru calculul pensiei pentru limită de vârstă este aplicabil art.65.

La calculul pensiei se ia în considerare contribuția plătită pentru persoana asigurată pe toată perioada de activitate, stabilindu-se, pentru fiecare lună de contribuție, un număr de puncte calculat ca raport între salariul mediu lunar brut realizat de persoana asigurată (sau venitul lunar asigurat) și salariul mediu brut lunar din luna respectivă. Punctajul anual al asiguratului se determină prin împărțirea la 12 a punctajului rezultat în anul respectiv din însumarea numărului de puncte realizat în fiecare lună. La ieșirea la pensie, punctele realizate în fiecare an sunt cumulate, obținându-se un punctaj total care se raportează la stagiile complete de cotizare sau la cele prevăzute de lege. Punctajul mediu realizat de asigurat în perioada de cotizare se multiplică cu valoarea unui punct de pensie pentru obținerea cuantumului.

Baza lunară de calcul a contribuției individuale de asigurări sociale nu poate depăși plafonul a de cinci ori salariul mediu brut lunar pe economie.

B/. În legislația națională sub-paragraful paragrafului 6 al art. 65, care se poate aplica în legislația națională este (a) sau (b).

Calculul pensiei de bătrânețe pentru beneficiarul standard

Beneficiarul standard: bărbat.

Beneficiarul standard a fost ales un meșteșugar-meseriaș deoarece reprezintă cel mai mare număr de muncitori calificați din industria prelucrătoare.

Potrivit prevederilor art. 65 pct. 6 din Convenției nr. 102/1952 a Organizației Internaționale a Muncii cu privire la normele minime de securitate socială, partea a XI-a Calculul plăților periodice, în vederea aplicării acestui articol, un muncitor calificat de sex masculin va fi:

- a) Fie un ajutor sau turnător din industria mecanică, alta decât cea a mașinilor electrice,
- b) Fie un muncitor calificat tip definit în conformitate cu alineatul 7 al acestui articol,**
- c) Fie o persoană al cărei este egal cu 125% din câștigul mediu al tuturor persoanelor protejate.

Muncitorul calificat tip menționat la litera b) a alineatului precedent al acestui articol, va fi o persoană aleasă din grupul cu cel mai mare număr de persoane de sex masculin protejate, pentru cazurile avute în vedere sau de susținători de familie, din ramura care cuprinde cel mai mare număr de persoane protejate sau de susținători de familie, în acest scop va fi folosită clasificarea internațională tip pe tip de industrie a tuturor ramurilor de activitate economică adoptată de Consiliul Economic și Social al Organizației Națiunilor Unite în cea de a șaptea sesiune a sa, din 27 august 1948 și care este reprodusă în Anexa 1 la prezentul Cod, ținând seama de orice modificare care i s-ar aduce.

Salariul muncitorului calificat de sex masculin ales în conformitate cu alineatele 6.a și b ale acestui articol, va fi stabilit pe baza salariului convenit pentru un număr normal de ore de muncă fixat fie prin convenții colective, fie, dacă este cazul, prin legislația națională sau în baza ei, prin cutumă, inclusiv compensațiile pentru creșterea prețurilor, dacă este cazul, atunci când salariile astfel determinate diferă de la o regiune la alta și când alineatul 8 al acestui articol nu este aplicat, va fi luat în considerare salariul mediu.

Față de cele sus menționate, în conformitate cu prevederile Convenției Europene de Securitate Socială, a fost ales ca beneficiar standard un meșteșugar-meseriaș deoarece reprezintă cel mai mare număr de muncitori calificați din industria prelucrătoare, **439338 persoane**, conform Tabelului nr. 6 "Efectivul salariților, pe grupe majore de ocupații, pe sexe și pe activități ale economiei naționale la 31

octombrie 2006”, pagina 89 din lucrarea “Repartizarea salariaților pe grupe de salarii realizate în luna octombrie 2006”

Ordonanța nr.42 din 16 august 2006 cu privire la rectificarea Bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2006:

• Potrivit prevederilor art. 9 din Ordonanța nr. 42 din 16 august 2006 cu privire la rectificarea Bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2006, valoarea punctului de pensie, stabilită potrivit prevederilor art. 80 din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, **este de 339,3 lei și se aplică începând cu data de 1 septembrie 2006.**

În conformitate cu Tabelul 4 pag. 20 din lucrarea “Repartizarea salariaților pe grupe de salarii realizate în luna octombrie 2006”, salariul mediu brut realizat de salariații care au lucrat 22 de zile în luna octombrie, pe sexe și activități ale economiei naționale, salariul mediu brut realizat pentru salariații din industria prelucrătoare este de 984. RON

Calculul pensiei pentru limită de vârstă

Octombrie 2006

Valoarea punctului de pensie : 339 RON

Salariul realizat anterior apariției riscului 722 RON

Punctajul $722/984=0,733$

Cuantumul pensiei $339 * 0,733 =248.487$

Rata de inlocuire: $248/722=0,343$

Condiția prevăzută de Convenție este cuantumul prestației să reprezinte minim 40% din salariul anterior apariției riscului, condiție neîndeplinită.

Articolul 29

1. Prestația menționată la art.28 trebuie să fie garantată cel puțin:

a) unei persoane protejate care a efectuat, conform unor reguli prevăzute, un stagiu, constând fie în 30 ani de cotizare sau muncă, fie în 20 ani de rezidență;

b) în cazul în care, în principiu, toate persoanele active sunt protejate, acelei persoane protejate care a efectuat un stagiu prevăzut de cotizare și în numele căreia au fost vărsate, în cursul vieții sale active, cotizații al căror număr mediu anual atinge o cifră prevăzută;

2. În cazul în care acordarea prestației menționate în paragraful 1 este subordonată efectuării unei perioade minime de cotizare sau de muncă se garantează o prestație diminuată, cel puțin:

a) persoanei protejate care a îndeplinit înainte de apariția riscului, conform regulilor prevăzute, un stagiu de 15 ani de cotizare sau de muncă;

b) în cazul în care, în principiu, toate persoanele active sunt protejate, persoanei protejate care a efectuat un stagiu prevăzut de cotizare și în numele căreia, a fost vărsat, în cursul vieții sale active, jumătate din numărul mediu anual de cotizații prevăzut conform art.29, paragraful 1b).

3. Prevederile paragrafului 1 sunt considerate a fi satisfăcute atunci când prestația calculată conform părții XI (dar cu 10% mai mică decât procentajul indicat în tabelul anexat la partea XI pentru beneficiarul tip) este garantată cel puțin pentru orice persoană protejată care a efectuat, conform unor reguli prevăzute, fie 10 ani de cotizare sau muncă, fie 5 ani de rezidență.

4. Se poate opera o reducere proporțională a procentajului indicat în Tabelul XI, atunci când stagiul pentru prestația corespunzătoare procentajului redus este mai mare de 10 ani de cotizare sau muncă dar mai mic de 30 ani de cotizare sau muncă. Când stagiul respectiv depășește 15 ani se va acorda o prestație redusă conform art.29, paragraful 2.

5. Când acordarea prestației conform paragrafului 3 sau 4 este condiționată de efectuarea unei perioade minime de cotizare sau muncă trebuie garantată o prestație diminuată, în condiții prevăzute, și unei persoane protejate care, în ciuda vârstei avută la data intrării în vigoare a acestei părți a Convenției, nu

a putut îndeplini condițiile paragrafului 2, dacă nu cumva o prestație conform paragrafului 1, 3 sau 4 nu se acordă acestei persoane la o vârstă mai înaintată decât cea normală.

1. *Vă rugăm să indicați, pentru fiecare sistem în parte, natura și durata perioadelor minime de calificare sau, dacă este cazul, numărul mediu minim anual de contribuții care dă dreptul persoanelor protejate la pensie.*

Vă rugăm să rezumați regulile referitoare la calculul acestor perioade de calificare.

Vă rugăm să indicați dacă se aplică paragrafele 1 și 2 sau paragrafele 3 și 4 ale prezentului Articol.

2. *Dacă se aplică paragrafele 1 și 2 prestația al cărui quantum este prezentat la Art.28 ar trebui să fie acordat de-a lungul perioadei de bază beneficiarului standard care a îndeplinit 30 de ani de contribuție sau angajare, sau 20 de ani de rezidență. Vă rugăm să indicați, conform prezentului Articol, cum este calculată prestația redusă pentru beneficiarul standard care a realizat o perioadă de 15 ani de contribuție sau angajare sau pentru care au fost plătite jumătate din numărul mediu anual de contribuții prevăzute pentru a avea dreptul la prestația întreagă.*

3. *Dacă se aplică paragraful 3 prestația al cărui quantum este arătat la Art.28 ar trebui să fie prestația acordată pentru perioada de bază unui beneficiar standard care a realizat 10 ani de contribuție sau angajare sau 5 ani de rezidență.*

4. *Dacă se aplică paragraful 4, prestația al cărui quantum este arătat la Art.28 ar trebui să fie acordată pentru perioada de bază beneficiarului standard care a îndeplinit o perioadă mai mare de 10 ani, dar mai puțin de 30 de ani de contribuție sau angajare. Vă rugăm să indicați durata perioadei respective de calificare.*

5. *Vă rugăm să indicați ce măsuri au fost luate pentru a implementa prevederile tranzitorii prevăzute la paragraful 5 al prezentului Articol și să indicați quantumul minim al prestației reduse garantate în acest caz.*

Stagiul minim de cotizare, atât pentru femei cât și pentru bărbați este de 15 ani. Creșterea stagiului de cotizare, de la 10 ani la 15 ani, se va realiza în termen de 13 ani de la data intrării în vigoare a Legii nr.19/2000 (până la sfârșitul anului 2014, respectiv până la începutul anului 2015).

În anul 2006, stagiul minim de cotizare a crescut de la 10 ani și 9 luni la 10 ani și 11 luni.

La calculul pensiei pentru limită de vârstă se ia în considerare contribuția plătită pentru persoana asigurată pe toată perioada de activitate, stabilindu-se, pentru fiecare an de contribuție, un număr de puncte calculat ca raport între salariul mediu lunar brut realizat în anul respectiv de persoana asigurată (sau venitul mediu lunar asigurat în acel an) și salariul mediu brut pe economie la nivelul aceluiași an.

La ieșirea la pensie, punctele realizate în fiecare an sunt cumulate, obținându-se un punctaj total.

Acest punctaj total se raportează la stagiile complete de cotizare astfel încât dacă persoana asigurată (protejată) a realizat un stagiul de cotizare mai mic, punctajul total va fi mai scăzut, obținându-se, în final, un quantum al pensiei mai mic.

La stabilirea pensiei pentru limită de vârstă, se adaugă, pe lângă perioadele contributive și perioade necontributive, asimilate stagiului de cotizare în care asiguratul:

a) a beneficiat sau beneficiază de drepturi de asigurări sociale, cu excepția pensiei pentru limită de vârstă, pensiei anticipate, pensiei anticipate parțiale și a pensiei de urmaș;

b) a urmat cursurile de zi ale învățământului universitar, organizat potrivit legii, pe durata normală a studiilor respective, cu condiția absolvirii acestora;

c) a satisfăcut serviciul militar ca militar în termen sau militar cu termen redus, pe durata legal stabilită, a fost concentrat, mobilizat sau în prizonierat.

Asigurații care au absolvit mai multe instituții de învățământ superior, beneficiază de asimilarea, ca stagiul de cotizare, a unei singure perioade de studii, la alegere.

Legislația națională nu garantează un quantum minim al pensiei.

Articolul 30

Prestațiile prevăzute în cadrul articolelor 28 și 29, trebuie acordate pe toată durata producerii riscului social.

Vă rugăm să indicați, referitor la Articolul 68, dacă există prevederi referitoare la suspendarea prestațiilor în caz de bătrânețe, pentru fiecare sistem în parte.

Conform legislației naționale, plata pensiei se suspendă începând cu luna următoare celei în care pensionarul își stabilește domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România a încheiat convenție de asigurări sociale, dacă în cadrul acesteia se prevede că pensia se plătește de către celălalt stat.

Partea a VII-a Prestații familiale

Articolul 40

Riscul social acoperit include ajutorul acordat copiilor.

Vă rugăm să indicați pe scurt condițiile de eligibilitate pentru prestațiile prevăzute la Art.42 al persoanelor protejate (număr de copii, vârsta limită a copiilor).

Alocația de stat pentru copii reprezintă un drept universal acordat de stat tuturor copiilor, fără discriminare. Beneficiază de acest drept toți copiii în vârstă de până la 18 ani, precum și copiii cetățenilor străini și ai persoanelor fără cetățenie rezidenți, în condițiile legii, în România. Pentru copiii cu handicap, inclusiv copiii cu handicap de tip HIV/SIDA, alocația de stat se acordă în cuantum majorat cu 100%.

Persoanei sau reprezentantului legal al familiei care a luat în plasament unul sau mai mulți copii, beneficiază de o **alocație lunară de plasament**. Alocația se acordă pentru fiecare copil față de care s-a luat măsura de plasament. Totodată, de alocație beneficiază și copilul pentru care a fost instituită tutela. Pentru copiii cu handicap, inclusiv copiii cu handicap de tip HIV/SIDA, alocația de plasament se acordă în cuantum majorat cu 50%.

Alocația familială complementară, instituită începând cu anul 2004, se acordă diferențiat în funcție de structura familiei și ținând cont de veniturile acesteia. Alocația se acordă familiilor formate din soț, soție și copiii în vârstă de până la 18 ani aflați în întreținerea acestora, care locuiesc împreună. Beneficiază de alocație familiile ai căror membri sunt cetățeni români care locuiesc în România, precum și cetățeni ai altor state ori apatrizi care au domiciliul sau, după caz, reședința în România.

Sunt considerați ca făcând parte din familie și copiii adoptați, încredințați sau aflați în plasament familial ori pentru care s-a instituit tutela, potrivit legii. Pentru familiile beneficiare de ajutor social cuantumul alocației familiale complementare se majorează cu 25%.

În vederea susținerii familiilor monoparentale a fost instituită **alocația pentru susținerea familiilor monoparentale**. De această alocație beneficiază familiile formate din persoana singură și copiii în vârstă de până la 18 ani aflați în întreținere și care locuiesc împreună cu aceasta. Sunt considerați ca făcând parte din familie și copiii adoptați, încredințați sau aflați în plasament ori pentru care s-a instituit tutela. Alocația se acordă diferențiat pe structura familiei și totodată ținând cont de veniturile realizate în familie.

Familiile care au în întreținere copii de vârstă școlară beneficiază de alocație familială complementară, respectiv de alocația pentru susținerea familiilor monoparentale, în condițiile în care copiii urmează o formă de învățământ organizată potrivit legii.

Începând cu data de 1 ianuarie 2006, persoanele care, în ultimul an anterior datei nașterii copilului, au realizat timp de 12 luni venituri profesionale, beneficiază de concediu pentru creșterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau, în cazul copilului cu handicap, de până la 3 ani, precum și de o **indemnizație pentru creșterea copilului**. Persoanele care sunt îndreptățite să beneficieze de indemnizația pentru creșterea copilului, realizând venituri profesionale supuse impozitului pe venit, beneficiază de un **stimulent** al cărui cuantum este prevăzut de legislația în vigoare, renunță la indemnizație. Stimulentul reprezintă în fapt o măsură de suport a persoanelor care se reîntorc la activitatea profesională înainte de împlinirea de către copil a vârstei de 2, respectiv 3 ani, în cazul copilului cu handicap. De indemnizație, respectiv de stimulent beneficiază opțional, oricare din părinții firești ai copilului, precum și părinții care au adoptat copilul, căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției sau care au copilul în plasament, precum și persoana care a fost numită tutore. Cele două prestații se acordă pentru primele 3 nașteri.

În vederea susținerii familiei, s-a continuat programul privind **alocația pentru copii nou-născuți**. Această alocație se acordă o singură dată la naștere, pentru fiecare dintre primii 4 copii născuți vii. Totodată, pentru fiecare copil nou-născut, începând cu 1 ianuarie 2007 se acordă gratuit un **trusou** care cuprinde haine, lenjerie și produse pentru îngrijire. Acest trusou se acordă o singură dată de către autoritățile administrației publice locale, la ieșirea copilului din maternitate sau la eliberarea certificatului de naștere.

În vederea respectării principiului reconcilierii vieții familiale cu cea profesională, angajatorii au acordat **fichetele de creșă** pentru salariații ai căror copii beneficiază de servicii în creșe.

În vederea **protecției persoanelor cu handicap**, perioada de raportare a fost caracterizată de existența unui pachet de prestații sociale, și anume o **indemnizație lunară** acordată persoanelor cu handicap grav sau accentuat care nu realizează venituri. Pentru persoanele cu handicap grav sau accentuat care realizează venituri, cuantumul indemnizației lunare este diferențiat. Totodată, adulții nevăzători au dreptul la **alocație socială**, indiferent de veniturile pe care le realizează, dar diferențiată în funcție de gradul de handicap în care se încadrează persoana. Persoanele nevăzătoare cu handicap grav care realizează venituri salariale pe baza unui contract individual de muncă beneficiază complementar cu veniturile de o indemnizație lunară al cărui cuantum este stabilit de legislația în vigoare.

Începând cu 1 ianuarie 2007, legislația în domeniul protecției speciale a persoanelor cu handicap a fost modificată, iar prestațiile acordate acestora sunt următoarele: **indemnizația lunară și bugetul complementar lunar** ai căror beneficiari sunt adulții cu handicap, iar cuantumul este diferențiat numai în funcție de gradul de handicap neluându-se în considerare veniturile realizate.

Persoana care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un **copil cu handicap beneficiază**, conform noii legislații de următoarele drepturi:

1. persoana / părintele aflat în sistemul de asigurări de stat beneficiază de:
 - concediul pentru creșterea copilului în vârstă de până la 7 ani;
 - indemnizația pentru creșterea copilului cu handicap, până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, respectiv 7 ani;
 - indemnizația pentru creșterea copilului cu handicap cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;
 - buget complementar lunar indiferent de venituri diferențiat după gradul de handicap al copilului.

Părintele se poate reîntoarce pe piața muncii înainte de împlinirea vârstei de 3 ani a copilului, respectiv 7 ani, renunțând la dreptul la indemnizație.

2. persoana / părintele cu handicap care are în întreținere un copil cu handicap și nu realizează venituri altele decât cele care decurg din legislația privind protecția persoanelor cu handicap, beneficiază de:
 - indemnizația lunară pentru creșterea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani;
 - indemnizația lunară pentru creșterea copilului cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani;
 - buget complementar lunar indiferent de venituri diferențiat după gradul de handicap al copilului;
 - indemnizația lunară în funcție de gradul de handicap, indiferent de venituri.
3. persoana / părintele care nu se află în sistemul de asigurări de stat beneficiază de:
 - indemnizația lunară pentru creșterea copilului cu handicap, în condițiile de acordare prevăzute de OUG nr. 148 / 2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 7 / 2007, cu modificările și completările ulterioare, în cuantum de 300 lei până la împlinirea de către copil a vârstei de 3 ani, iar pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 3 și 7 ani de un ajutor lunar în cuantum de 150 lei;
 - buget complementar lunar indiferent de venituri diferențiat după gradul de handicap al copilului.
4. persoana cu handicap care nu realizează venituri altele decât cele care decurg din legislația privind protecția persoanelor cu handicap și are în întreținere un copil cu handicap beneficiază de o indemnizație în cuantum de 450 lei, până la împlinirea de către copil a vârstei de 2 ani și de un ajutor lunar în cuantum de 150 lei pentru copilul cu vârsta cuprinsă între 2 și 7 ani.
5. program de lucru redus la 4 ore pentru părintele / persoana care are în îngrijire copilul cu handicap grav sau accentuat, până la împlinirea de către acesta a vârstei de 18 ani.
6. concedii medicale, acordate în condițiile legii, pentru îngrijirea copilului cu handicap care necesită internare, tratament ambulatoriu sau la domiciliu pentru afecțiuni intercurrente, precum și pentru recuperare / reabilitare, până la împlinirea de către copil a vârstei de 18 ani.

Totodată, după primele 3 nașteri sau, după caz, după primii 3 copii ai persoanelor aflate în una dintre situațiile prevăzute la art. 5 alin. (2) din OUG nr. 148/2005 privind susținerea familiei în vederea creșterii copilului, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care îndeplinesc condițiile prevăzute la art. 1 din OUG nr. 148/2005 au dreptul la concediu fără plata indemnizației pentru creșterea copilului

Durata concediului este de 3 luni și se acordă integral, o singură dată, fiecăruia dintre părinții firești ai copilului sau, după caz, persoanelor prevăzute la art. 5 alin. (2), în perioada până la împlinirea de către copil a vârstei de 2 ani, respectiv a vârstei de 3 ani în cazul copilului cu handicap.

Cererea pentru acordarea concediului fără plata indemnizației pentru creșterea copilului se depune și se înregistrează la angajator, pe baza livretului de familie sau a certificatului de naștere al copilului. Perioada în care o persoană beneficiază de concediu fără plata indemnizației pentru creșterea copilului constituie perioadă asimilată stagiului de cotizare”.

Articolul 41

Persoanele protejate sunt, în ceea ce privește plățile periodice prevăzute în Art.42:

- a) fie categorii prevăzute de salariați, reprezentând cel puțin 50% din ansamblul salariaților;
- b) fie categorii prevăzute ale populației active, reprezentând cel puțin 20% din ansamblul rezidenților;

A. *Vă rugăm să indicați care subparagraf al acestui articol se aplică.*

B. *Vă rugăm să indicați clasele de persoane protejate conform prevederilor prezentului Articol.*

C. *Vă rugăm să furnizați informații statistice referitoare la acest Articolul, după cum urmează:*

- i. *dacă se aplică subparagraful (a), sub forma Titlului I al Articolului 74;*
- ii. *dacă se aplică subparagraful (b), sub forma Titlului II al Articolului 74.*

În conformitate cu prevederile Legii nr.47/2006 privind sistemul național de asistență socială, dreptul la asistență socială este garantat pentru toți cetățenii români care au domiciliul sau reședința în România, fără nici un fel de discriminare. Totodată, legea prevede că au dreptul la aceste măsuri și cetățenii altor state, apatrizii, precum și orice altă persoană care a dobândit o formă de protecție și care are domiciliul sau reședința în România.

Sistemul de asistență socială, în conformitate cu prevederile legislației din România, reprezintă o componentă a sistemului de protecție socială, și cuprinde serviciile sociale și prestațiile sociale, având la bază principiul non-contributivității.

Urmare acestor prevederi se poate deci constata că raportarea pe capitolul legat de prestații familiale al Convenției Europene de Securitate Socială se face în funcție de subparagraful b) al articolului 41.

- anul 2006 -

| | PRESTAȚII FAMILIALE | Număr mediu lunar de beneficiari |
|----|--|--|
| 1. | Alocația de stat pentru copii TOTAL , din care plătită de: • Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse • Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului • Direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului | 4.270.759 1.479.588 2.741.576 49.595 |
| 2. | Alocația familială complementară TOTAL , din care plătită pentru: • familiile cu 1 copil • familiile cu 2 copii • familiile cu 3 copii • familiile cu 4 și mai mulți copii | 651.666 270.242 270.844 69.791 40.789 |
| 3. | Alocația de susținere pentru familia monoparentală TOTAL , din care plătită pentru: • familiile cu 1 copil • familiile cu 2 copii • familiile cu 3 copii • familiile cu 4 și mai mulți copii | 244.845 143.822 66.461 22.322 12.240 |
| 4. | Alocația de plasament familial | 49.866 |
| 5. | Alocația pentru copiii nou-născuți | 184.477 (număr total) |
| 6. | Indemnizația pentru creșterea copilului | 186.342 |
| 7. | Stimulent pentru creșterea copilului | 11.369 |
| 8. | Alocația socială pentru nevăzători | 82.462 |
| 9. | Indemnizații lunare acordate adulților cu handicap grav și accentuat | 274.486 |

Numărul total de beneficiari de prestații familiale la nivel național: 5.956.272 persoane

Numărul total al rezidenților (1 iulie 2004): 21.673.328 persoane

Numărul total al beneficiarilor procent din numărul total al rezidenților: 27,48%

Articolul 42

Prestațiile trebuie să includă:

- a) fie o plată periodică acordată oricărei persoane protejate care a efectuat stagiul prevăzut;
- b) fie furnizarea de hrană, îmbrăcăminte, locuințe, sejur de vacanță și asistență menajeră către copii sau pentru copii;
- c) fie o combinație a prestațiilor menționate la punctele a și b ale acestui articol.

Vă rugăm să indicați care subparagraf al acestui articol se aplică.

Dacă se aplică subparagraful (a) sau (c) vă rugăm să furnizați cuantumul plăților periodice efectuate pentru fiecare copil.

Dacă se aplică subparagraful (b) sau (c) vă rugăm să specificați natura prestațiilor în natură furnizate și metodele de acordare a acestora.

Prestațiile sociale, așa cum sunt ele definite de Legea nr.47/2006 privind sistemul național de asistență socială reprezintă transferuri financiare și cuprind alocațiile familiale, ajutoarele sociale, indemnizații și facilități. Sub incidența prezentei Convenții intră alocațiile familiale care se acordă familiilor și au în vedere nașterea, educația și întreținerea copilului. Legislația specifică, prin care se reglementează sistemul de alocații familiale prevede acordarea acestora în bani, alocați de la bugetul de stat.

- anul 2006 -

| | PRESTAȚII FAMILIALE | Cuquantum | Perioada de acordare |
|----|---|----------------------|--------------------------------------|
| 1. | Alocația de stat pentru copii*) | 24 | lunar |
| 2. | Alocația de stat pentru copiii cu handicap | 48 | lunar |
| 3. | Alocația familială complementară, din care pentru: <ul style="list-style-type: none">• familiile cu 1 copil• familiile cu 2 copii• familiile cu 3 copii• familiile cu 4 și mai mulți copii | 34 40 45 50 | lunar |
| 4. | Alocația de susținere pentru familia monoparentală, din care pentru: <ul style="list-style-type: none">• familiile cu 1 copil• familiile cu 2 copii• familiile cu 3 copii• familiile cu 4 și mai mulți copii | 50 59 67 76 | lunar |
| 5. | Alocația de plasament familial | 82 | lunar |
| 6. | Alocația de plasament familial pentru copiii cu handicap | 123 | lunar |
| 7. | Alocația pentru copiii nou-născuți | 195 | o singură dată la nașterea copilului |
| 8. | Indemnizația pentru creșterea copilului | 800 | lunar |
| 9. | Stimulent pentru creșterea copilului | 300 | lunar |
| 10 | Alocația socială pentru nevăzători cu handicap grav | 178 | lunar |
| . | | | |
| 11 | Alocația socială pentru nevăzători cu handicap accentuat | 89 | lunar |
| . | | | |
| 12 | Indemnizații lunare acordate adulților cu handicap grav și accentuat, fără venituri | 158 | lunar |
| . | | | |
| 13 | Indemnizații lunare acordate adulților cu handicap grav ce realizează venituri | 79 | lunar |
| . | | | |
| 14 | Indemnizații lunare acordate adulților cu handicap accentuat ce realizează venituri | 47 | lunar |
| . | | | |

*) începând cu 1 ianuarie 2007 alocația de stat acordată copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 – 2 ani, respectiv 3 ani pentru copilul cu handicap are un cuantum de 200 lei.

Articolul 43

Prestațiile menționate la articolul 42 trebuie să fie garantate cel puțin unei persoane protejate care a efectuat, în cadrul unei perioade prevăzute, un stagiu care poate consta fie într-o lună de cotizare sau de muncă, fie șase luni de rezidență, după cum este prevăzut.

Vă rugăm să indicați, pentru fiecare sistem în parte, natura și durata perioadelor de calificare, dacă există, pentru a avea dreptul la prestații conform prevederilor prezentului Articol. Vă rugăm să rezumați regulile de totalizare a perioadelor de calificare.

Acordarea drepturilor la prestații familiale se face tuturor persoanelor rezidente pe teritoriul României fără a necesita o perioadă de contribuție la sistem. Sistemul de asistență socială, alocațiile familiale fiind parte a acestuia, este un sistem non-contributiv.

Articolul 44

Valoarea totală a prestațiilor acordate conform articolului 42, persoanelor protejate va trebui să reprezinte 1,5% din salariul unui muncitor necalificat de sex masculin, determinat conform regulilor prevăzute în articolul 66, înmulțit cu numărul total de copii ai tuturor rezidenților;

A. *Vă rugăm să furnizați, pentru prezentul Articol, informațiile în forma arătată în Titlul I al Art.66*

B. *Vă rugăm să furnizați următoarele informații:*

1. *cuantumul total al prestațiilor în bani acordate copiilor persoanelor protejate, astfel cum se arată la Art.41;*
2. *valoarea totală a prestațiilor în natură acordate pentru copiii persoanelor protejate¹, astfel cum sunt prezentate la Art.41;*
3. *valoarea totală a prestațiilor în bani și în natură acordate copiilor persoanelor protejate (B1 + B2).*

C. *Vă rugăm să furnizați:*

- i. *numărul total al copiilor tuturor rezidenților;*
- ii. *valoarea totală a prestațiilor în bani și în natură (B.3) procent din salariul lucrătorului bărbat adult (A) înmulțit cu numărul total al tuturor copiilor rezidenților (C.i)*

Având în vedere caracterul non-contributiv al sistemului de prestații familiale din România, raportarea se va face în conformitate cu salariul minim brut pe țară aferent anului 2006, și anume 330 lei. Numărul total al tuturor copiilor rezidenților 0 – 18 ani, la data de 1 iulie 2004, este de 5.956.272.

Anul 2006:

1,5% x 330 lei x 5.956.272 = 29.483.546,4 lei

¹ Prestațiile sau subvențiile a căror valoare este prezentată la acest punct vor include doar prestațiile acordate pentru copiii persoanelor protejate menționați la Art. 41. În consecință, dacă se iau în considerare anumite prestații sau subvenții, cum ar fi masa gratuită sau subvenționată, doar valoarea acestor părți ale prestațiilor sau subvențiilor acordate copiilor persoanelor protejate vor fi calculate sau estimate, și vor fi furnizate informațiile referitoare la metodele aplicate pentru calculul acestor valori.

- anul 2006 -

| | PRESTAȚII FAMILIALE | Sume plătite - LEI - |
|--------------|--|-------------------------|
| 1. | Alocația de stat pentru copii | 1.263.822.295 |
| 2. | Alocația familială complementară | 316.730.482 |
| 3. | Alocația de susținere pentru familia monoparentală | 165.108.064 |
| 4. | Alocația de plasament familial | 52.397.940 |
| 5. | Alocația pentru copiii nou-născuți | 36.175.154 |
| 6. | Indemnizația pentru creșterea copilului | 1.661.174.033 |
| 7. | Stimulent pentru creșterea copilului | 36.175.154 |
| 8. | Alocația socială pentru nevătători | 143.643.309 |
| 9. | Indemnizații lunare acordate adulților cu handicap grav și accentuat | 359.088.238 |
| TOTAL | | 4.034.314.669 |

$(330/4.034.314.669) \times 5.956.272 \times 100 = 48,72\%$

Articolul 45

În cazul în care prestațiile constau într-o plată periodică, ele trebuie acordate pe toată durata producerii riscului social.

Vă rugăm să indicați, referitor la Art.68, dacă acestea există, prevederile pentru suspendarea prestației familiale în sistemul respectiv.

Procedura de suspendare a plăților pentru prestațiile familiale este prevăzută în legislația specială care reglementează sistemul.

Plata **alocației de stat** pentru copii se suspendă în situația în care timp de 3 luni reprezentantul legal al copilului nu a încasat drepturile ce se cuvin. Plata **alocației familiale complementare și a alocației de susținere pentru familiile monoparentale** se suspendă, în luna următoare celei în care se constată una dintre următoarele situații:

- atunci când nu se prezintă dovada frecvenței cursurilor școlare de către copii;
- pe perioada încredințării copilului unei instituții de asistență socială sau unui asistent maternal profesionist.

În ceea ce privește suspendarea dreptului la **indemnizația pentru creșterea copilului, precum și a stimulentului** se face numai când:

- a) beneficiarul este decăzut din drepturile părintești;
- b) beneficiarul este îndepărtat, conform legii, de la exercitarea tutelei;
- c) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute de lege în vederea încredințării copilului spre adopție;
- d) beneficiarul nu mai îndeplinește condițiile prevăzute de lege în vederea menținerii măsurii de plasament;
- e) beneficiarul execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv pe o perioadă mai mare de 30 de zile;
- f) copilul este abandonat ori este internat într-o instituție de ocrotire publică sau privată;
- g) beneficiarul a decedat;
- h) se constată că timp de 3 luni consecutive se înregistrează mandate poștale returnate.

Plata indemnizației se suspendă începând cu ziua următoare celei în care beneficiarul realizează venituri profesionale supuse impozitului pe venit, iar plata stimulentului se suspendă începând cu ziua următoare celei în care beneficiarul nu mai realizează venituri profesionale supuse impozitului pe venit.

Articolul 48

Persoanele protejate sunt:

- a) fie toate femeile aparținând unor categorii prevăzute de salariați, reprezentând cel puțin 50% din ansamblul salariaților, iar în ceea ce privește prestațiile medicale în caz de maternitate și soțiile salariaților incluși în această categorie;
- b) fie toate femeile aparținând unor categorii prevăzute de populație activă, reprezentând cel puțin 20% din ansamblul rezidenților, iar în ceea ce privește prestațiile medicale în caz de maternitate și soțiile rezidenților incluși în această categorie;

- A. *Vă rugăm să indicați care sub-paragraf al acestui articol se aplică.*
- B. *Vă rugăm să indicați clasele de angajați sau populație activă protejate conform prevederilor prezentului Articol.*
- C. *Vă rugăm să furnizați informații statistice referitoare la acest Articolul, după cum urmează*
 - i. *dacă se aplică sub-paragraful (a), sub forma Titlului I din Articolul 74;*
 - ii. *dacă se aplică sub-paragraful (b), sub forma Titlului II din Articolul 74.*
- D. *Vă rugăm să confirmați că soțiile dependente ale bărbaților din clasele de persoane protejate au dreptul la prestațiile medicale stipulate la Art.49, conform prevederilor prezentului articol.*
- D. *Dacă se aplică articolul 6 (asigurare voluntară), pentru toate sau orice sistem, vă rugăm să furnizați informațiile la care se face referire la Articolul 6, în forma stabilită la articolul 6.*

A .Pentru prestațiile medicale acordate în caz de maternitate se aplică sub-paragraful b) al art. 48.

În ceea ce privește indemnizația de maternitate aferentă concediului pentru sarcină și lăuzie, sub-paragraful care se aplică în legislația națională este (b).

B Pentru prestațiile medicale de maternitate, persoanele protejate sunt femeile asigurate în conformitate cu legea, respectiv dacă sunt cetățeni români cu domiciliul în țară sau cetățeni străini și apatrizi care au domiciliul sau reședința în România și fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile OUG nr. 150/2002, respectiv Legea nr. 95/2006 – Titlul VIII (începând cu 28 mai 2006). Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează o dată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de reședință în România

De asemenea, sunt asigurate, potrivit legii, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

Referitor la **prestațiile în bani** în caz de maternitate, persoanele protejate sunt persoanele asigurate obligatoriu pentru concedii și indemnizații (persoanele cu contract individual de muncă, funcționarii publici, persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești, șomerii), precum și persoanele asigurate facultativ (asociați, comanditari sau acționari, administratori sau manageri, membri ai asociației familiale, persoane autorizate să desfășoare activități independente), pe perioada în care au domiciliul sau reședința pe teritoriul României.

De dreptul la indemnizația de maternitate beneficiază și femeile care nasc în termen de 9 luni de la data pierderii calității de asigurat din motive neimputabile acestora.

C. Conform OUG nr.150/2002, respectiv Legii nr. 95/2006 , toți cetățenii români cu domiciliul în România, precum și cetățenii străini și apatrizii care au reședința pe teritoriul României sunt **obligate** să se asigure în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

D. Potrivit legislației de asigurări sociale de sănătate, soțul, **soția** și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate, sunt asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate fără plata contribuției, beneficiind de pachetul de servicii medicale de bază, ca orice persoană asigurată.

Articolul 49

1. În ceea ce privește sarcina, nașterea și urmările lor, prestațiile medicale de maternitate trebuie să includă îngrijirile medicale menționate în paragraful 2 și 3 ale prezentului articol.

2. Îngrijirile medicale trebuie să includă cel puțin:

a) îngrijiri prenatale, îngrijiri în timpul nașterii și îngrijiri post-natale, acordate fie de un medic fie de o moașă calificată;

b) spitalizare, când este necesar;

3. Îngrijirile medicale menționate în paragraful 2 al prezentului articol vizează păstrarea, restabilirea sau ameliorarea sănătății femeii protejate, precum și a capacității sale de a munci și de a face față nevoilor personale.

4. Departamentele guvernamentale sau instituțiile care acordă prestațiile medicale în caz de maternitate trebuie să încurajeze femeile protejate prin toate mijloacele adecvate, pentru ca acestea să recurgă la serviciile generale de sănătate puse la dispoziția lor de autoritățile publice sau de alte organisme recunoscute de autoritățile publice.

A. Vă rugăm să indicați în detaliu natura prestațiilor furnizate, conform fiecărui sistem în parte, referitor la paragraful 2 al prezentului Articol, specificând în mod special serviciile care sunt acordate în cazul spitalizării.

B. Vă rugăm să confirmați conform prevederilor prezentului Articol că beneficiarei sau susținătorului ei nu i se cere să participe la suportarea cheltuielilor prestațiilor medicale acordate. Dacă schema prevede decontarea cheltuielilor pe care beneficiara sau susținătorul ei a fost obligat să le suporte pentru obținerea prestațiilor prevăzute la paragraful 2, vă rugăm să furnizați toate informațiile disponibile pentru a arăta că beneficiara sau susținătorul ei nu participă la costurile acestor prestații.

C. Vă rugăm indicați în detaliu ce măsuri au fost luate pentru a pune în practică prevederile paragrafelor 3 și 4 ale prezentului Articol.

A. În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, prestațiile medicale de maternitate includ asistenta medicală pre-, intra- și postnatală precum și spitalizare când este necesar.

Prestațiile medicale de maternitate, suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în conformitatea legii, vizează:

- Servicii profilactice (art. 223, Legea nr. 95/2006)

a) monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;

b) urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului;

c) controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;

d) servicii medicale din cadrul programului național de imunizări;

e) servicii de planificare familială, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

Detalierea serviciilor prevăzute și modalitățile de acordare sunt stabilite în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- Serviciile medicale curative (art. 226 – 228, Legea nr. 95/2005)

Persoanele asigurate au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței, după caz.

Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar acreditat, la indicația și sub supravegherea medicului.

Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate sunt :

- a) serviciile medicale de urgență;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii
- c) tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și igieno-dietetic. .

Detalierea serviciilor și modalitățile de acordare se stabilesc prin contractul-cadru.

Prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 458 /26.04.2004, femeia gravidă are acces direct, la furnizorii de servicii medicale de specialitate, ce au contract cu casele de asigurări de sănătate, pentru probleme ale sarcinii, nemaifiind necesară recomandarea medicului de familie. Aceste servicii medicale se efectuează în regim de urgență, la prima prezentare a pacientei fiind interzisă programarea sau înscrierea pe liste de așteptare.

Totodată, conform contractului –cadru, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară ce au relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, au obligația de a înscrie pe lista proprie gravidele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultație.

Acordarea prestațiilor de maternitate în cadrul fiecărui domeniu de asistență medicală (primară, secundară, terțiară), se face în aceleași condiții ca cele pentru acordarea de îngrijiri medicale, prezentate la punctul 1 (a) al Articolului 10 al prezentului formular.

B. Confirmăm faptul că, **nu** este necesară participarea la cheltuieli în caz de sarcină și naștere și consecințele acesteia, în condițiile în care beneficiara sau susținătorul ei sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, și dacă :

- aceste servicii medicale sunt acordate de furnizori care au contract cu casele de asigurări de sănătate;
- persoana asigurată **nu** solicită servicii medicale care nu sunt decontate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate, servicii menționate la punctul B al art.10.

C. Serviciile medicale suportate din fond național unic de asigurări sociale de sănătate includ și supravegherea gravidei (luarea în evidență în primul trimestru, supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 9-a, urmărirea leuzei la ieșirea din maternitate și la 4 săptămâni, consiliere pre și post testare pentru HIV a femeii gravide).

Prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 458 /26.04.2004, femeia gravidă are acces direct, la furnizorii de servicii medicale de specialitate, ce au contract cu casele de asigurări de sănătate, pentru probleme ale sarcinii, nemaifiind necesară recomandarea medicului de familie. Aceste servicii medicale se efectuează în regim de urgență, la prima prezentare a pacientei fiind interzisă programarea sau înscrierea pe liste de așteptare.

Articolul 50

În ceea ce privește suspendarea câștigului ca urmare a sarcinii, nașterii și urmărilor lor, prestația va fi acordată sub forma unei plăți periodice calculată conform prevederile articolului 65 sau articolului 66. Cuantumul plății periodice poate varia pe durata producerii riscului social cu condiția ca suma medie să fie conformă prevederilor sus menționate.

A. *Vă rugăm să precizați dacă pentru calculul prestației s-au aplicat prevederile Art. 65 sau ale Art.66.*

B. *Vă rugăm să furnizați informațiile conform prezentului Articol după cum urmează:*

- i. *dacă se aplică Art. 65, în forma prezentată la Titlul I și V ale Articolului 65;*
- ii. *dacă se aplică Art. 66, în forma prezentată la Titlul I și V ale Articolului 66.*

Pentru calculul prestației (indemnizației de maternitate) este aplicabil art. 65.

A. Cuantumul indemnizației de maternitate se stabilește prin aplicarea unui procent de 85% din baza de calcul stabilită conform legii.

Baza de calcul a indemnizației se determină ca medie a veniturilor lunare din ultimele 6 luni, pe baza cărora s-a achitat contribuția pentru concedii și indemnizații în lunile respective.

B. În legislația națională sub-paragraful paragrafului 6 al art. 65, care se poate aplica în legislația națională este (b).

Prestațiile de maternitate

Potrivit prevederilor art. 48 al Convenției Europene de Securitate Socială, persoanele protejate sunt:

a). fie toate femeile aparținând unor categorii prevăzute de salariați, reprezentând în total cel puțin 50% din totalul salariaților, iar în ceea ce privește prestațiile medicale în caz de maternitate și soțiile salariaților incluși în această categorie,

b). fie toate femeile aparținând unor categorii prevăzute de populație activă, reprezentând în total cel puțin 20% din totalul rezidenților, iar în ceea ce privește prestațiile medicale în caz de maternitate și soțiile persoanelor incluse în această categorie.

Potrivit prevederilor art. 23 din OUG nr. 158/2005, asiguratele au dreptul, pe o perioadă de 126 de zile calendaristice, la concediu pentru sarcină și lăuzie, perioadă în care beneficiază de indemnizația de maternitate.

Potrivit prevederilor art.23 din OUG nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări de sănătate, asiguratele au dreptul la concedii pentru sarcină și lăuzie, pe o perioadă de 126 zile calendaristice, perioadă în care beneficiază de indemnizație de maternitate.

Cuantumul brut lunar al indemnizației de maternitate este de 85% din baza de calcul stabilită conform legii. (art.25, punctul 1).

Baza de calcul a acestei indemnizații se determină ca medie a veniturilor lunare din ultimele 6 luni din cele 12 luni din care se constituie stagiul de cotizare, până la limita a 12 salarii minime brute pe țară lunar, pe baza cărora se calculează contribuția pentru concedii și indemnizații (art.10, para.1).

Așa cum rezultă din lucrarea “Repartizarea salariaților pe grupe de salarii realizate în luna octombrie 2006” cel mai mare număr de salariate femei este reprezentat de femeile operatori la instalații, mașini și echipamente, din cadrul industriei prelucrătoare, **respectiv 234263** (pag.89).

Salariul mediu brut pentru această categorie este de 741 RON.

Baza de calcul: $741 * 6 = 4446 / 6 = 741$ RON

Cuantumul indemnizația de maternitate = $741 * 85\% = 630$ RON

Rata de înlocuire a salariului anterior apariției riscului este 85%.

Condiția prevăzută de Convenție este o rată de înlocuire de cel puțin 45%, condiție îndeplinită.

Articolul 51

În cazul riscului social acoperit prestațiile menționate în articolele 49 și 50 trebuie să fie garantate cel puțin femeilor aparținând categoriilor protejate care au efectuat un stagiu necesar pentru a se evita abuzurile; prestațiile menționate la articolul 49, trebuie, de asemenea, să fie garantate soțiilor bărbaților aparținând acestor categorii protejate, în cazul în care aceștia au efectuat stagiul prevăzut.

Vă rugăm să indicați, pentru fiecare sistem în parte, natura și durata perioadei de calificare care a fost considerată necesară pentru prevenirea abuzurilor.

Vă rugăm să rezumați regulile referitoare la calculul acestor perioade de calificare.

Asiguratele au dreptul la indemnizație de maternitate dacă au un stagiu de cotizare realizat anterior producerii riscului de cel puțin 6 luni în ultimele 12 luni. Începând cu 9 noiembrie 2006, data intrării în vigoare a Legii nr. 399/2006 prin care s-a aprobat, cu modificări, OUG nr. 158/2005, stagiul minim de cotizare pentru obținerea dreptului la indemnizație pentru maternitate este de 1 lună (22 de zile lucrătoare), în ultimele 12 luni anterioare lunii producerii riscului.

Prestațiile prevăzute la art. 49 sunt garantate tuturor femeilor în caz de maternitate.

Articolul 52

Prestațiile menționate în articolele 49 și 50 trebuie să fie acordate pe toată perioada producerii riscului social; totuși, plățile periodice pot fi limitate la o perioadă de 12 săptămâni în cazul în care legislația națională nu impune sau nu autorizează o perioadă prelungită de absență de la locul de muncă, situație în care plățile nu pot fi limitate la o perioadă mai scurtă de timp decât cea perioadă prelungită.

1. *Vă rugăm să precizați, pentru fiecare sistem în parte, dacă durata tuturor prestațiilor medicale la care se face referire în Art. 49 sunt garantate pentru toată durata riscului. De asemenea, vă rugăm să specificați:*

a) durata perioadei pentru care plățile periodice prevăzute la Art.50 sunt acordate și;

b) durata oricărei perioade de absență de la muncă care este necesară sau autorizată de legislația națională.

2. *Vă rugăm să indicați, referitor la Articolul 68, dacă există prevederi referitoare la suspendarea prestațiilor de maternitate pentru fiecare sistem în parte.*

1. Prestațiile medicale se acordă pe toată perioada producerii riscului.

Indemnizația de maternitate se acordă pe toată durata în care asiguratele beneficiază de concediu pentru sarcină și lăuzie și anume pe o perioadă de 126 de zile calendaristice, respectiv 63 de zile înainte de naștere și 63 de zile după naștere, cu posibilitatea compensării acestor perioade.

2. Nu există asemenea prevederi în legislația națională.

Partea a XI a. Calculul plăților periodice

Articolul 65

1. În cazul plăților periodice la care se aplică prezentul articol, quantumul prestației majorate cu suma alocațiilor familiale vărsate pe durata producerii riscului social, trebuie să fie cel puțin egală, în cazul beneficiarului tip vizat în tabelul anexă, cu procentajul indicat în acest tabel, din câștigul anterior al beneficiarului sau susținătorului de familie și cu suma alocațiilor familiale acordate unei persoane protejate având aceleași îndatoriri de familie ca și beneficiarul tip.
2. Câștigul anterior al beneficiarului sau susținătorului de familie va fi calculat conform unor reguli prevăzute. În cazul repartizării persoanelor protejate sau susținătorilor de familie pe clase de câștig, câștigul anterior va putea fi calculat după câștigul de bază din clasa la care au aparținut.
3. Se poate prevedea un quantum maxim al prestației sau al câștigului care este luat în calculul prestației cu condiția ca acest quantum maxim să fie fixat astfel încât să fie îndeplinite prevederile paragrafului 1 al prezentului articol, atunci când câștigul anterior al beneficiarului sau al susținătorului de familie este mai mic sau egal cu salariul unui muncitor de sex masculin calificat.
4. Câștigul anterior al beneficiarului sau susținătorului de familie, salariul unui muncitor de sex masculin calificat, prestația și alocațiile familiale vor fi calculate pentru aceeași perioadă de timp.
5. Pentru ceilalți beneficiari, prestația va fi corelată într-o manieră rezonabilă cu cea a beneficiarului tip.
6. În vederea aplicării acestui articol, un muncitor de sex masculin calificat va fi:
 - a) fie un ajustor sau un turnător din industria mecanică, alta decât cea a mașinilor electrice;
 - b) fie un muncitor calificat tip definit conform paragrafului 7 al acestui articol;
 - c) fie o persoană al cărei câștig este egal cu 125% din câștigul mediu al tuturor persoanelor protejate.
7. Muncitorul calificat tip menționat la alin. b) al paragrafului precedent, va fi o persoană angajată în grupul major de activități economice cu cel mai mare număr de persoane de sex masculin active din punct de vedere economic protejat, pentru cazurile avute în vedere, sau de susținători de familie, în ramura care cuprinde ea însăși cel mai mare număr de persoane protejate sau de susținători de familie; în acest scop, va fi folosită clasificarea internațională tip, pe tip de industrie, a tuturor ramurilor de activitate economică, adoptată de Consiliul Economic și Social al Organizației Națiunilor Unite în cea de a șaptea sesiune a sa, din 27 august 1948 și care este reprodusă în Anexa 1 la prezentul Cod, sau orice altă clasificare, modificată în timp, de care s-ar putea ține seama.
8. Atunci când prestațiile diferă de la o regiune la alta, un muncitor de sex masculin calificat va putea fi ales în fiecare din regiuni, conform prevederilor paragrafelor 6 și 7 ale prezentului articol.
9. Salariul muncitorului de sex masculin calificat selectat determinat conform paragrafelor 6 a. și b al acestui articol va fi determinat pe baza salariului convenit pentru un număr normal de ore de muncă fixat fie prin convenții colective, fie, dacă este cazul, prin legislația națională sau în baza ei fie, prin cutumă, inclusiv compensațiile pentru creșterea prețurilor, dacă este cazul; atunci când quantumul salariilor astfel determinate diferă de la o regiune la alta și când paragraful 8 al acestui articol nu este aplicat, va fi luat în considerare salariul mediu.
10. Quantumul plăților periodice în curs, acordate pentru prestațiile de bătrânețe, accidente de muncă și boli profesionale (cu excepția acelor care acoperă incapacitatea de muncă), pentru invaliditate și în urma decesului susținătorului de familie vor fi revizuite în urma variațiilor evidente ale nivelului general al câștigurilor care, la rândul lor, rezultă în urma variațiilor evidente ale costului vieții.

TITLUL VI
(Articolul 28,36⁹ ; 56 și 62)

1. Vă rugăm să indicați metodele adoptate pentru aplica, dacă este necesar, prevederile paragrafului 10 al Articolului 65 sau paragraful 8 al Articolului 66.
2. Vă rugăm să furnizați următoarele informații:

| | Trim.I 2005 / Trim.II 2004 -%- |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Indicele veniturilor (Iv) | 114,5 |
| Indicele prețurilor de consum (Ipc) | 108,8 |
| Indicele veniturilor reale (Ivr) | 105,2 |

3. Vă rugăm să precizați dacă cuantumul plăților periodice a fost revizuit în perioada de referință. Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să indicați modificările apărute în nivelul prestațiilor și să furnizați următoarele informații

| Perioada | Pensie limită de vârstă | | |
|----------------------|---------------------------|--|--|
| | Media pe beneficiar (ROL) | Prestația pentru beneficiarul standard | Alte estimări ale nivelului prestației |
| A. 1 ianuarie 2006 | 2.329.009 | - | - |
| B. 31 decembrie 2006 | 2.935.285 | - | - |
| C. Procent A/B | 0,80 | - | - |
| Perioada | | Indemnizația de boală | |
| | Media pe beneficiar (RON) | Prestația pentru beneficiarul standard | Alte estimări ale nivelului prestației |
| A. 1 ianuarie 2006 | 162102 | - | - |
| B. 31 Decembrie 2006 | 194902 | - | - |
| C. Procent A/B | 0,83 | - | - |
| Perioada | | Indemnizația de maternitate | |
| | Media pe beneficiar (RON) | Prestația pentru beneficiarul standard | Alte estimări ale nivelului prestației |
| A. 1 ianuarie 2006 | 160790 | - | - |
| B. 31 decembrie 2006 | 194817 | - | - |
| C. Procent A/B | 0,82 | - | - |

În perioada de referință, anul 2006, cuantumul plăților periodice pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate nu a fost modificat. În totalul cheltuielilor efectuate în anul 2006, cheltuielile pentru servicii și medicamente pentru asigurații sistemului de asigurări sociale de sănătate au fost de 9521,2 milioane lei .

Numărul persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie la 31.12.2006: 19.702.352.

Prestația pentru beneficiarul standard: 483.250 lei.

⁹ în ceea ce privește Articolul 36 (accidente de muncă, informațiile solicitate la Titlul Vi vor fi furnizate pentru fiecare risc acoperit, cu excepția incapacității de muncă.

**TABEL (anexă la partea a XI-a)
PLĂȚILE PERIODICE CĂTRE BENEFICIARUL TIP**

| Partea | Riscul social | Beneficiarul tip | Procent |
|--------|---|---------------------------------------|---------|
| III | Boală | Bărbat cu soție și doi copii | 45 |
| IV | Șomaj | Bărbat cu soție și doi copii | 45 |
| V | Bătrânețe | Bărbat cu soție de vârsta pensionării | 40 |
| VI | Accidente de muncă Incapacitate de muncă Pierdere totală a capacității de câștig Urmași | Bărbat cu soție și doi copii | 50 |
| | | Bărbat cu soție și doi copii | 50 |
| | | Văduvă cu doi copii | 40 |
| VII | Maternitate | Femeie | 45 |
| IX | Invaliditate | Bărbat cu soție și doi copii | 40 |
| X | Urmași | Văduvă cu doi copii | 40 |

Partea a XII-a Dispoziții comune

Articolul 69

O prestație la care o persoană protejată ar fi avut dreptul prin aplicarea uneia din Părțile de la II la X ale prezentei Convenții poate fi suspendată printr-o măsură care poate fi prevăzută:

- a) atât timp cât persoana interesată nu se află pe teritoriul țării membre;
- b) atât timp cât persoana interesată este întreținută din fonduri publice sau pe cheltuiala unei instituții sau a unui serviciu de securitate socială, totuși o parte a prestației trebuie acordată persoanelor care se află în întreținerea beneficiarului;
- c) atât timp cât persoana interesată primește o altă prestație în bani de securitate socială, în afara prestației familiale, și în perioada în care primește indemnizație pentru același risc social, de la o terță sursă, cu condiția ca partea suspendată a prestației să nu depășească cealaltă prestație sau indemnizația provenită de la terță sursă;
- d) atunci când persoana interesată a încercat să obțină o prestație în mod fraudulos;
- e) când riscul social a fost provocat în urma unei crime sau a unui delict comis de persoana interesată;
- f) atunci când riscul social a fost provocat în mod intenționat de către persoana interesată;
- g) în cazurile în care persoana interesată neglijează utilizarea serviciilor medicale sau a serviciilor de readaptare care îi stau la dispoziție sau nu respectă regulile prevăzute privind verificarea existenței riscului social sau conduita beneficiarilor;
- h) în cazul prestației de șomaj, atunci când persoana interesată neglijează utilizarea serviciilor de plasare care îi stau la dispoziție;
- i) în ceea ce privește prestația de șomaj, atunci când persoana interesată și-a pierdut locul de muncă datorită încetării lucrului în urma unui conflict profesional sau când a părăsit nesilit locul de muncă fără a avea motive legitime;
- j) în ceea ce privește prestația de urmaș, atâta timp cât văduva trăiește în concubinaj.

Informațiile asupra aplicării prezentului Articol vor fi furnizate, pentru fiecare Parte, conform Articolului corespunzător al Părții vizate (vezi Articolele 12, 18, 24, 30, 38, 45, 52, 58 și 64).

Din punct de vedere al îngrijirilor medicale, nu există prevederi legislative care să conducă la suspendarea prestațiilor medicale la care se referă articolul 10.

Articolul 70

1. Orice solicitant trebuie să aibă dreptul de a face apel în caz de refuz al prestației, sau de a contesta calitatea sau cantitatea acesteia.
2. În cazul în care, în aplicarea prezentei Convenții, administrarea îngrijirilor medicale este încredințată unui departament guvernamental răspunzător în fața unui parlament, dreptul de apel prevăzut la paragraful 1 al prezentului articol poate fi înlocuit prin dreptul de a obține examinarea de către autoritatea competentă, a oricărei reclamații vizând refuzul îngrijirilor medicale sau calitatea îngrijirilor medicale primite.
3. În cazul în care cererile sunt înaintate tribunalelor destinate special rezolvării problemelor securității sociale, și în cadrul cărora persoanele protejate sunt reprezentate, există posibilitatea neacordării dreptului de apel.

I. Vă rugăm precizați, pentru fiecare Parte și pentru fiecare sistem vizat, dacă fiecare reclamant are drept de apel în cazul refuzului prestației sau plângerii referitoare la calitatea sau cantitatea acesteia, după cum s-a stipulat în paragraful 1 al prezentului Articol. Vă rugăm enumerați regulile care se aplică în cazul unui apel.

II. Vă rugăm precizați dacă se aplică paragraful 2 al prezentului Articol și, în caz afirmativ, ce măsuri sunt luate pentru a se asigura că fiecare persoană protejată are dreptul de a face plângere privind refuzul acordării îngrijirii medicale ori calitatea îngrijirii primite investigate de către autoritatea competentă.

Pensii

Decizia emisă de casa teritorială de pensii asupra acordării unei pensii poate fi contestată la instanța judecătorească competentă în a cărei rază teritorială se află domiciliul asiguratului, în termen de 45 de zile de la comunicarea acesteia.

Criteriile de eligibilitate, beneficiarii de prestații medicale, precum și dreptul de contestare a deciziilor primite este prevăzut în legislația din domeniu.

Sănătate

Conform Legii 95/2006 – Titlul XII „Exercitarea profesiei de medic. Organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România”, plângerea împotriva unui medic se depune la colegiul al cărui membru este medicul. În cazul medicilor cetățeni ai unui stat membru al Uniunii Europene, ai unui stat aparținând Spațiului Economic European sau ai Confederației Elvețiene, plângerea se depune la colegiul în raza căruia medicul își desfășoară activitatea, coroborat cu prevederile Codului Civil care reglementează răspunderea pentru fapta proprie.

Articolul 71

1. Costul prestațiilor acordate conform prezentei Convenții și cheltuielile de administrare a acestor prestații trebuie să fie finanțate în mod colectiv, prin cotizații și impozite, sau ambele, într-o modalitate care evită eforturi financiare mari din partea persoanelor cu resurse reduse și care ține cont de situația economică a Părții Contractante și a categoriilor de persoane protejate.
2. Totalul cotizațiilor de asigurare care intră în obligația salariaților protejați nu trebuie să depășească 50% din totalul resurselor alocate protecției salariaților, soțiilor și copiilor lor. Pentru determinarea îndeplinirii acestei condiții, toate prestațiile acordate de o Parte Contractantă care aplică prezenta Convenție, vor putea fi considerate în ansamblul lor, cu excepția prestațiilor familiale și a prestațiilor

în caz de accidente de muncă și de boli profesionale, dacă acestea din urmă sunt acordate de o ramură specială.

3. Partea Contractantă trebuie să-și asume o răspundere generală în ceea ce privește acordarea prestațiilor în urma aplicării prezentei Convenții și trebuie să ia toate măsurile necesare în vederea atingerii acestui scop; ea trebuie, dacă este cazul, să se asigure că studiile și calculele actuariale necesare, referitoare la echilibrul financiar, sunt stabilite periodic și, în orice caz, anterior modificării prestațiilor, a procentului cotizațiilor de asigurări sau impozitelor afectate acoperirii riscului social respectiv.

I. Vă rugăm să precizați, pentru fiecare Parte, resursele fiecărei sistem vizat, și în special procentul sau suma din venit folosită pentru finanțarea sistemului, determinate de tipul contribuțiilor pentru asigurare sau de taxe

Sistemul de asigurări sociale de sănătate

Finanțarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale, precum și a indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate se realizează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit OUG nr. 150/2002, respectiv Legea nr. 95/2006.

Constituirea fondului se face din contribuții (contribuția de asigurări sociale de sănătate și contribuția pentru concedii și indemnizații) suportate de asigurați, de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, potrivit legii.

1. Contribuția pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate

Contribuția pentru concedii și indemnizații, în cotă de 0,75%, se aplică asupra veniturilor brute realizate (venituri din salarii, venituri din activități independente, indemnizații de șomaj, etc). În cazul salariaților, contribuția se suportă de către angajator și se calculează prin aplicarea cotei procentuale de 0,75 asupra fondului de salarii realizat la nivelul unității.

Cheltuieli cu indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate (în aplicarea Părților a VII-a și a VIII-a ale Convenției):

a) Plata indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de boli obișnuite sau de accidente în afara muncii, se suportă:

- de către angajator, pentru un anumit număr de zile (7, 12, 17) stabilit de lege în funcție de numărul de angajați; Începând cu 9 noiembrie 2006, data intrării în vigoare a Legii nr. 399/2006 prin care s-a aprobat, cu modificări, OUG nr. 158/2005, angajatorul suportă primele **5 zile** de incapacitate temporară de muncă.

- din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, începând cu a 6-a zi de incapacitate.

b) Pentru plata indemnizației de maternitate:

- integral din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

2. Contribuția pentru asigurări sociale de sănătate

Cuantumul contribuției lunare de asigurări sociale de sănătate, datorată de persoana asigurată se stabilește sub forma unei cote de 6,5% și se aplică la venitul brut realizat (venituri din salarii, venituri din activități independente, venituri din agricultură și silvicultură, indemnizații de șomaj, venituri din

drepturi de proprietate intelectuală, venituri din închirierea bunurilor, din dividende și dobânzi etc.). Contribuția pentru asigurările sociale de sănătate se virează în Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

Persoanele juridice sau fizice care angajează personal salariat au obligația să rețină și să vireze contribuția pentru asigurări sociale de sănătate datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă; acestea au obligația să anunțe casei de asigurări de sănătate orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor. Persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat au obligația plății contribuției pentru asigurările sociale de sănătate de 7% raportat la fondul de salarii. Prin fond de salarii realizat se înțelege totalitatea sumelor utilizate de un angajator pentru plata drepturilor salariale sau de natura salarială.

Veniturile constituite din contribuția de asigurări sociale de sănătate se utilizează pentru finanțarea serviciilor medicale profilactice și curative (asistență medicală primară, servicii medicale în ambulatorii și în spitale, servicii de asistență stomatologică, tratament fizioterapeutic și de recuperare, servicii de îngrijire la domiciliu), a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Pensii (în aplicarea Părții a V-a a Convenției):

Bugetul asigurărilor sociale de stat, la care contribuie, conform legii, asigurații, (care datorează contribuții individuale de asigurări sociale), angajatorii, persoanele juridice asimilate angajatorului, Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, persoane fizice care încheie contract de asigurare.

Cotele de contribuții de asigurări sociale se aprobă anual prin Legea bugetului de asigurări sociale de stat. Cotele sunt diferențiate în funcție de condițiile de muncă (normale, deosebite sau speciale).

Pentru anul 2006 aceste cote au fost stabilite în următoarele procente: pentru condiții normale de muncă – 30 %; pentru condiții deosebite de muncă – 35 %; pentru condiții speciale de muncă – 40 %.

Contribuția individuală de asigurări sociale datorată de anumite categorii de asigurați (persoane cu contract individual de muncă, funcționari publici, persoanele care-și desfășoară activitatea în funcții electivă sau sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperativei meșteșugărești și persoanele care realizează, exclusiv pe bază de convenție civilă de prestări servicii, un venit brut pe an calendaristic echivalent cu cel puțin trei salarii medii brute pe economie, cu excepția beneficiarilor unei pensii pentru limită de vârstă) reprezintă, până în anul 2003, o treime din cota prevăzută pentru condițiile normale de muncă. Pentru anul 2006, aceasta a fost stabilită la 9,5%, indiferent de condițiile de muncă.

Contribuția de asigurări sociale, datorată de angajatori reprezintă diferența dintre contribuția individuală de asigurări sociale și nivelul cotelor de contribuție de asigurări sociale stabilite prin legea bugetului de asigurări sociale de stat, în funcție de condițiile de muncă.

II. Dacă obligațiile Părții VI privind prestația pentru boli profesionale au fost acceptate, vă rugăm precizați dacă această prestație este acordată pentru o ramură specială.

III. Vă rugăm furnizați, conform prevederilor Articolului 74, paragraful 1 (b) următoarele date statistice pentru fiecare dintre Părțile pentru care au fost acceptate obligațiile Convenției.

| Părțile cărora li se aplică ratificarea | Resurse alocate pentru protecția angajaților, soțiilor și copiilor acestora (A) mil.ROL | Contribuțiile de asigurări sociale plătite de angajați (B)* |
|--|---|---|
| Partea a II- a Îngrijiri medicale | 9521,2 mil. lei | -4645,7mil. lei** |
| Partea a III-a Indemnizații de boală | 482,2 mil. lei | - |
| Partea a V-a Prestații de bătrânețe | - | - |
| Partea a VIII-a Prestații de maternitate | 220,5 mil. lei | - |

*Observații:

** Veniturile din contribuția datorată de persoanele asigurate care au calitatea de angajați, procent din veniturile FNUASS, conform datelor statistice furnizate de CNAS este de 44% pentru anul 2006.

- I. Totalul din coloana B este procent din coloana A, anterioară.
- II. **Vă rugăm precizați cât de mult a fost asumată responsabilitatea de către membrului pentru prevederea prestațiilor.**
- III. Vă rugăm precizați principalele modificări care au intervenit în perioada acoperită de raport în ceea ce privește:
 - A. prestația;
 - B. rata contribuției;
 - C. alte resurse.
- IV. Vă rugăm precizați dacă studiile actuariale necesare și calculele privind echilibrul financiar sunt efectuate periodic. Dacă nu s-a făcut încă aceasta, vă rugăm trimiteți rezultatele unui studiu sau efectuați calculele.

Articolul 72

1. În cazul în care administrarea nu este asigurată de un departament guvernamental responsabil în fața unui parlament, reprezentanții persoanelor protejate trebuie să participe la administrare sau să fie asociați cu putere consultativă, în condiții prevăzute; de asemenea, legislația națională poate prevedea participarea reprezentanților patronilor și ai autorităților publice.
2. Partea Contractantă trebuie să-și asume responsabilitatea generală pentru buna administrare a instituțiilor și serviciilor care conlucrează în vederea aplicării prezentei Convenții.

Vă rugăm să precizați dacă persoanele protejate participă la administrarea sistemului sau sistemelor vizate, sau dacă reprezentanții lor sunt asociați la aceasta. În caz afirmativ, vă rugăm precizați modul în care este asigurată participarea sau asocierea.

Sănătate

• Administrarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, și, respectiv, prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București, inclusiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CNAS este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar

CNAS are următoarele organe de conducere:

- a) adunarea reprezentanților;
- b) consiliul de administrație;
- c) președintele;
- d) 2 vicepreședinți;
- e) directorul general
- f) comitet director.

Adunarea reprezentanților se constituie pe o perioadă de 4 ani și cuprinde:

- a) reprezentanți ai asiguraților delegați de consiliile județene și de Consiliul General al Municipiului București în număr de unu pentru fiecare județ și doi pentru municipiul București.
- b) 31 de membri numiți astfel: 2 de către Președintele României, 3 de către primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății, 3 de către Senat, 3 de către Camera Deputaților, 5 de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național, 5 de către organizațiile sindicale reprezentative la nivel național, 7 reprezentanți ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, respectiv câte un reprezentant al Ministerului de Interne, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Justiției, Ministerului Transporturilor Construcțiilor și Turismului, Serviciului Român de Informații, Serviciului de Informații Externe și Serviciului de Telecomunicații Speciale, un reprezentant al CNPAS și un reprezentant al Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 17 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

- a) 5 reprezentanți ai statului, dintre care unul este numit de Președintele României și 4 de primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății, a ministrului muncii și solidarității sociale, a ministrului finanțelor publice și a ministrului justiției;
- b) 5 membri numiți prin consens de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național;
- c) 5 membri numiți prin consens de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;
- d) 2 membri numiți de primul-ministru, cu consultarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice

Consiliul de administrație al caselor de asigurări de sănătate județene și a municipiului București este alcătuit din 11 membri, desemnați după cum urmează:

- a) unul de consiliul județean, respectiv de Consiliul General al Municipiului București;
- b) unul de prefect, la propunerea direcției de sănătate publică județene, respectiv a Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București;
- c) 3 de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- d) 3 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- e) 2 de consiliile județene ale persoanelor vârstnice, respectiv al municipiului București
- f) președintele, care este directorul general al casei de asigurări.

Prestații Familiale

În perioada de raportare, sistemul de prestații sociale, este administrat în principal de Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse prin structurile sale deconcentrate și anume Direcțiile de muncă și protecție socială. În ceea ce privește plata alocațiilor de stat pentru copiii școlarizați aceasta se plătește prin inspectoratele școlare, iar pentru copiii cu handicap prin Direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului. De asemenea, plata prestațiilor destinate persoanelor cu handicap se realizează prin structurile aflate în subordinea consiliului județean și anume Direcțiile de muncă și protecție socială.

Urmare evaluărilor de sistem realizate de Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse s-a putut constata că, decidenții nu dispun de informații suficiente și de calitate pentru a putea să elaboreze politicile și strategiile necesare și totodată să poată analiza impactul acestora asupra creșterii calității vieții cetățenilor. Datele și informațiile existente la nivelul ministerului nu sunt suficiente și totodată schimbul de informații între instituții este deficitar. Colectarea informațiilor de la nivel local este dificilă, neexistând o procedură și instrumentele necesare unei colectări sistematice și totodată neexistând un sistem informatic care să sprijine acest proces.

În consecință, administrarea sistemului național de asistență socială în România este dificil de realizat având în vedere că este caracterizat de o abordare fragmentată în ceea ce privește instituțiile implicate în procesul de gestionare a prestațiilor, precum și în ceea ce privește platformele IT, aplicațiile informatice și sistemele informaționale utilizate.

Începând cu luna decembrie 2006 s-a demarat proiectul privind elaborarea sistemului managerial informațional în domeniul prestațiilor sociale „SAFIR”, finanțat de Banca Mondială. Principalele caracteristici cheie ale sistemului managerial informațional aflat în curs de implementare în România sunt:

- Gestionarea prestațiilor sociale având la bază „dosarul familiei” astfel încât să existe o viziune globală asupra beneficiarilor, prestațiilor primite de o familie și a sumelor cheltuite pe total sistem și pe familie;
- De a efectua plățile pentru prestațiile la care o familie are dreptul o singură dată pe lună;
- De a furniza o interfață contabilă astfel încât să se garanteze o strictă și rapidă monitorizare ulterioară a fluxurilor financiare;
- De a asigura identificarea beneficiarilor astfel încât să se prevină debitele și plățile duble.

Implementarea sistemului informațional integrat va avea ca rezultate îmbunătățirea sistemului de plată a prestațiilor, precum și a formularelor tipizate de solicitare a drepturilor, va duce la creșterea productivității și la reducerea cheltuielilor administrative legate de plata drepturilor. Noul sistem va crea premisele automatizării și informatizării sistemului și va da posibilitatea integrării tuturor prestațiilor plătite în acest moment de multe instituții, într-un singur sistem

Paralele cu dezvoltarea sistemului managerial informațional pentru administrarea și plata prestațiilor sociale în bani și a alocațiilor familiale, este prevăzută înființarea unei noi structuri organizaționale, numită Agenția Națională pentru Prestații Sociale, care va fi funcțională începând cu 1 ianuarie 2008 conform Ordonanței de urgență nr.116/2007.

Pensii

Sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale din România este administrat și gestionat de către C.N.P.A.S., instituție publică autonomă de interes național, organ de specialitate al administrației publice centrale.

Conducerea C.N.P.A.S. este formată din Președinte și Consiliu de administrație, care are o structură tripartită. Membrii Consiliului de administrație sunt reprezentanți ai Guvernului, patronatului și ai asiguraților (confederații sindicale și organizații ale pensionarilor, reprezentative la nivel național).

Consiliul de administrație se întrunește o dată pe lună sau ori de câte ori este necesar și adoptă hotărâri valabile în prezența a cel puțin 13 membri, cu votul majoritar al membrilor prezenți și cu condiția ca fiecare parte să fie reprezentată.

Consiliul de administrație se convoacă de către Președintele C.N.P.A.S., convocarea putând fi făcută și la solicitarea a cel puțin o treime din numărul membrilor consiliului.

Conducerea executivă a C.N.P.A.S. se exercită de către un secretar general și de către un secretar general adjunct, înalți funcționari publici numiți în condițiile legii.