



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 188 (XXXII) — Nr. 15

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 10 ianuarie 2020

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
5.	— Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul și îngrijirea pacienților critici din secțiile ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți	2–7
6.	— Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru tratamentul pacienților cu infarct miocardic acut	8–11
	ACTE ALE CURȚII EUROPENE A DREPTURILOR OMULUI	
	Hotărârea din 24 septembrie 2019 în Cauza Antohi împotriva României	12–15
	★	
	Rectificări	16

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN

privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul și îngrijirea pacienților critici din secțiile ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți

Văzând Referatul de aprobare nr. V.S.C. 230 din 9 ianuarie 2020 al Serviciului medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere art. 100 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Modul de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul și îngrijirea pacienților critici din secțiile ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți, denumite în continuare *AP-ATI*, se derulează în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

(2) Acțiunile prioritare prevăzute la alin. (1) se adresează pacienților critici din secțiile ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți, finanțând costurile specifice pentru tratamentul acestor pacienți care nu pot fi acoperite din fondurile obținute pe baza contractelor cu casele de asigurări județene, a municipiului București și Casei de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.).

(3) *AP-ATI* sunt elaborate, derulate și finanțate de către Ministerul Sănătății și se implementează prin unități sanitare care au în structură secții/compartimente ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți și care asigură tratament definitiv în specialitățile de profil.

Art. 2. — (1) În vederea coordonării din punct de vedere științific și metodologic la nivel național a *AP-ATI*, pentru anii 2020—2023, se constituie un colectiv de lucru format din specialiști în specialitatea anestezie și terapie intensivă, în conformitate cu prevederile art. 15 din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Colectivul de lucru al *AP-ATI*, denumit în continuare *CL-ATI*, are în componență: 4 membri, din care unul este secretarul de stat care are în coordonare *AP-ATI*.

(3) Componența *CL-ATI* se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 3. — (1) În exercitarea atribuțiilor sale, *CL-ATI* formulează propuneri, fundamentări, analize, recomandări și informări referitoare la *AP-ATI*, pe care le transmite Serviciului medicină de urgență.

(2) Secretariatul tehnic permanent al *CL-ATI* se asigură de către Serviciul medicină de urgență.

(3) *CL-ATI* își desfășoară activitatea în ședințe organizate ori de câte ori este nevoie, la solicitarea ministrului sănătății sau a secretarului de stat care are în coordonare *AP-ATI*.

(4) Ședințele sunt legal constituite în prezența majorității simple a *CL-ATI*.

Art. 4. — (1) *CL-ATI* este coordonatorul național al *AP-ATI* din punct de vedere științific și metodologic, iar Serviciul medicină de urgență reprezintă structura centrală a Ministerului Sănătății responsabilă cu coordonarea administrativă a acestei acțiuni.

(2) La nivelul spitalului, derularea și monitorizarea *AP-ATI* se realizează de către un coordonator desemnat de către managerul spitalului, cu aprobarea *CL-ATI*; acesta poate fi șeful de secție sau un alt medic din cadrul structurii care derulează *AP-ATI*.

(3) Numele și datele de contact ale coordonatorului — număr telefon fix, număr telefon mobil, fax, e-mail, adresa poștală a spitalului și a secției în cazul în care acestea diferă — vor fi comunicate Serviciului medicină de urgență din Ministerul Sănătății.

(4) Atunci când derularea *AP-ATI* într-un spital se realizează prin mai multe structuri de anestezie și terapie intensivă, managerul desemnează un coordonator la nivelul spitalului cu aprobarea *CL-ATI*, iar repartitia fondurilor alocate fiecărei structuri se stabilește de către managerul spitalului, la propunerea coordonatorului și după o consultare cu șefii structurilor implicate în *AP-ATI*.

Art. 5. — Spitalele care derulează *AP-ATI* au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor, precum și a organizării evidenței nominale, pe bază de cod numeric personal, a beneficiarilor *AP-ATI*.

Art. 6. — *AP-ATI* se finanțează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății de la titlurile bugetare 20 „Bunuri și servicii” și 51 „Transferuri între unități ale administrației publice”, prevăzute în Clasificația indicatorilor privind finanțele publice.

Art. 7. — (1) Pentru fondurile alocate la titlul 20 „Bunuri și servicii”, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București încheie contracte pentru derularea *AP-ATI*, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1, cu spitalele nominalizate în prezentul ordin aflate în subordinea autorităților publice locale, ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.

(2) De la titlul 51 „Transferuri între unități ale administrației publice” se finanțează cheltuielile aferente activităților prevăzute în *AP-ATI* desfășurate de spitalele aflate în subordinea Ministerului Sănătății, nominalizate în prezentul ordin să deruleze *AP-ATI*.

(3) Din fondurile alocate spitalele pot finanța activități specifice *AP-ATI*.

(4) Din fondurile alocate *AP-ATI* spitalele nu pot finanța cheltuieli de natura utilităților și cheltuieli de capital.

(5) Finanțarea *AP-ATI* din bugetul Ministerului Sănătății se face lunar, pe total titlu, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari și terțiari, însoțite de documentele justificative ale acestora, semnate și parafate lizibil de coordonator, în raport cu:

a) gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior;

- b) disponibilul din cont rămas neutilizat;
- c) indicatorii fizici realizați în perioada anterioară;
- d) bugetul aprobat cu această destinație.

(6) Cererile de finanțare fundamentate ale ordonatorilor de credite, detaliate pe tipuri de cheltuieli, se transmit spre avizare Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, până cel târziu în data de 5 a lunii pentru care se face finanțarea, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2.

(7) Cererea de finanțare fundamentată este însoțită de cererea detaliată pe tipuri de cheltuieli, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 3, precum și de borderoul centralizator, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 4.

(8) Cererile de finanțare transmise de către ordonatorii de credite după termenul prevăzut la alin. (6) nu vor fi finanțate în luna pentru care se face solicitarea. Acestea se finanțează în luna următoare celei pentru care a fost transmisă solicitarea, în baza unei noi cereri transmise în termenul prevăzut la alin. (6), cu încadrarea în limitele alocărilor bugetare.

Art. 8. — Sumele alocate pentru AP-ATI sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv ale spitalelor, se aprobă odată cu acestea și se utilizează numai potrivit destinațiilor stabilite.

Art. 9. — (1) În baza contractelor încheiate conform prevederilor art. 7 alin. (1), direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București decontează cheltuieli de natura bunurilor achiziționate pentru desfășurarea activităților prevăzute în AP-ATI.

(2) Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București decontează contravaloarea bunurilor achiziționate pentru desfășurarea activităților prevăzute în AP-ATI, în limita sumelor disponibile cu această destinație, în ordinea cronologică a documentelor justificative depuse, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acestora, pentru bunurile achiziționate conform contractelor încheiate.

Art. 10. — În vederea realizării activităților AP-ATI, Serviciul medicină de urgență din Ministerul Sănătății are următoarele atribuții:

a) evaluează și fundamentează anual necesarul de resurse financiare în raport cu obiectivele și activitățile propuse pentru AP-ATI pe baza indicatorilor realizați în anul precedent și propune spre aprobare ministrului sănătății alocarea fondurilor AP-ATI, precum și repartiția fondurilor pentru spitale, pe baza fundamentării CL-ATI și a propunerilor formulate de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București sau spitale, după caz;

b) elaborează structura AP-ATI, în colaborare cu direcțiile de specialitate din Ministerul Sănătății, pe baza analizelor și propunerilor CL-ATI și a propunerilor coordonatorilor;

c) evaluează trimestrial și anual realizarea obiectivelor AP-ATI și face propuneri pentru îmbunătățirea acestora în scopul îndeplinirii obiectivelor aprobate;

d) comunică direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și spitalelor care derulează AP-ATI sumele repartizate, precum și activitățile pentru care acestea se utilizează;

e) avizează solicitările de finanțare lunară ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și ale unităților sanitare care derulează AP-ATI, realizează centralizarea acestora și o înaintează către Direcția generală economică din cadrul Ministerului Sănătății, pentru întocmirea cererilor de deschideri de credite;

f) monitorizează și analizează trimestrial, anual și ori de câte ori este necesar realizarea indicatorilor specifici AP-ATI, evaluează gradul de îndeplinire a obiectivelor și dispune măsurile ce se impun în situația unor disfuncționalități în utilizarea fondurilor aferente, după caz;

g) verifică încadrarea în disponibilul de credite bugetare și avizează referatul privind finanțarea lunară a AP-ATI;

h) propune misiuni de control la nivelul unităților sanitare care derulează AP-ATI, precum și persoane care pot participa la acestea, pe baza propunerilor CL-ATI.

Art. 11. — În vederea realizării activităților AP-ATI, Direcția generală economică din cadrul Ministerului Sănătății are următoarele atribuții:

a) elaborează proiectul bugetului Ministerului Sănătății în care sunt cuprinse sumele aferente AP-ATI, pe baza propunerilor și fundamentărilor prezentate de Serviciul medicină de urgență din Ministerul Sănătății;

b) comunică Serviciului medicină de urgență, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la aprobare, fondurile bugetare aprobate, pe titluri bugetare, în vederea repartizării acestora;

c) elaborează și supune spre aprobare ordonatorului principal de credite fișele de buget, pe titluri bugetare și articole de cheltuieli, și le comunică unităților care derulează AP-ATI;

d) primește lunar solicitările de finanțare ale unităților care derulează AP-ATI, centralizate de Serviciul medicină de urgență;

e) efectuează deschiderile de credite bugetare necesare pentru finanțarea AP-ATI.

Art. 12. — În vederea derulării și monitorizării AP-ATI, CL-ATI are următoarele atribuții:

a) formulează strategia și procedurile de organizare și desfășurarea anuală a AP-ATI, pe care le înaintează pentru implementare Serviciului medicină de urgență până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent, pentru anul următor;

b) formulează propuneri cu privire la structura AP-ATI, pe care o transmite Serviciului medicină de urgență până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent, pentru anul următor;

c) fundamentează și dispune asupra necesarului de resurse pentru AP-ATI și îl înaintează Serviciului medicină de urgență până la data de 15 iulie a anului curent, pentru anul următor;

d) formulează propuneri cu privire la repartiția fondurilor aferente unităților sanitare, pe care le comunică Serviciului medicină de urgență;

Art. 13. — Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au următoarele obligații în vederea derulării și monitorizării AP-ATI:

a) centralizează trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual indicatorii specifici AP-ATI raportați de spitale în condițiile prezentului ordin;

b) transmit Serviciului medicină de urgență în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, trimestrial și anual, în primele 20 de zile calendaristice după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii prevăzuți în cadrul AP-ATI, centralizați în conformitate cu prevederile lit. a);

c) monitorizează modul de derulare a AP-ATI;

d) verifică organizarea evidenței nominale a beneficiarilor AP-ATI, pe bază de cod numeric personal, de către spitalele care derulează AP-ATI, aflate în subordinea autorităților publice locale, ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

e) întocmesc un raport de activitate centralizat lunar, respectiv anual, pe baza rapoartelor de activitate transmise de coordonatorii din spitalele care derulează AP-ATI;

f) transmit Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, până la sfârșitul lunii următoare pentru care se face raportarea, raportul de activitate prevăzut la lit. e);

g) raportul de activitate centralizat prevăzut la lit. e) cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-ATI, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în prezentul ordin, problemele și disfuncționalitățile întâmpinate în realizarea activităților, propunerile de îmbunătățire a modului de derulare a AP-ATI;

h) transmit Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, până la data de 15 iulie a anului curent, fundamentarea necesarului de resurse pentru anul următor.

Art. 14. — Spitalele care derulează AP-ATI au următoarele atribuții:

a) organizează evidența nominală a beneficiarilor AP-ATI, pe bază de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, precum și decontul individual al fiecărui pacient care a beneficiat de fonduri din AP-ATI;

b) raportează direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sau, după caz, Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro, în funcție de subordonare, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în primele 20 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-ATI, în condițiile prezentului ordin;

c) monitorizează modul de derulare a AP-ATI;

d) întocmesc un raport de activitate centralizat lunar, respectiv anual, pe baza rapoartelor de activitate transmise de coordonatorii AP-ATI;

e) transmit CL-ATI și, în funcție de subordonare, Serviciului de medicină de urgență în format electronic la adresa de e-mail ati@ms.ro sau direcției de sănătate publică, după caz, date pentru întocmirea raportului de activitate prevăzut la art. 13 lit. e), până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

f) raportul de activitate centralizat prevăzut la lit. e) cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-ATI, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în prezentul ordin, probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților, propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a AP-ATI.

g) raportează zilnic numărul de paturi libere din secțiile de ATI, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 905/2009 privind înființarea Dispeceratului unic pentru centralizarea paturilor libere care se asigură de către spitalele de urgență din municipiul București pentru internarea pacienților proveniți din unitățile de primire a urgențelor (UPU) sau compartimentele de primire a urgențelor (CPU), cu modificările ulterioare.

Art. 15. — Coordonatorii AP-ATI, desemnați în condițiile prevăzute la art. 4 alin. (2) au următoarele obligații cu privire la monitorizarea activităților cuprinse în cadrul acestora:

a) organizează evidența nominală a beneficiarilor AP-ATI, pe bază de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

b) raportează conducerii spitalului, trimestrial și anual, în primele 5 zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-ATI, în condițiile prezentului ordin;

c) monitorizează modul de derulare a AP-ATI pe care o coordonează;

d) monitorizează permanent consumul de materiale sanitare și medicamente care se acordă în cadrul AP-ATI;

e) întocmesc un raport de activitate trimestrial, respectiv anual, pe care îl transmit conducerii instituției până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care raportează; raportul de activitate cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-ATI, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național, probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților, propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a AP-ATI;

f) informează permanent conducerea instituției cu privire la disfuncționalitățile identificate în derularea AP-ATI și propune măsuri de soluționare a acestora;

g) avizează documentele justificative (facturile) care însoțesc cererile de finanțare lunară;

h) înregistrează cazurile de boală în registrul național specific patologiei tratate.

i) întocmește lista de inventariere a materiilor prime și materialelor, având astfel o gestiune permanentă a stocurilor necesare pentru buna funcționare a programului AP-ATI pe o perioadă de cel puțin 30 de zile.

Art. 16. — (1) Ordonatorii de credite secundari și terțiari prin care se derulează AP-ATI au următoarele obligații în realizarea AP-ATI:

a) utilizează fondurile în limita bugetului aprobat și potrivit destinației specificate, cu respectarea dispozițiilor legale;

b) gestionează eficient mijloacele materiale și bănești;

c) organizează evidența contabilă a cheltuielilor pe surse de finanțare și pe subdiviziunile clasificăției bugetare;

d) raportează indicatorii specifici prevăzuți în AP-ATI, în condițiile prezentului ordin;

e) transmit Serviciului medicină de urgență sau direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, după caz, cererile de finanțare fundamentate, însoțite de documentele justificative, în condițiile prezentului ordin;

f) completează fișele de post ale coordonatorilor desemnați cu atribuțiile corespunzătoare activităților prevăzute în cadrul AP-ATI;

g) organizează, prin directorul financiar contabil al spitalului abilitat și/sau al instituției publice prin care se derulează AP-ATI, evidențele contabile, evidențele tehnico-operative ale spitalului abilitat/instituției publice, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

h) transmit structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății orice alte date referitoare la AP-ATI pe care le derulează și răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate;

i) transmit lunar Serviciului medicină de urgență, în primele 20 de zile calendaristice ale lunii curente pentru luna precedentă, execuția bugetară a bugetului aprobat pentru AP-ATI derulate;

j) achiziționează materiale sanitare și medicamente cu respectarea legislației în vigoare din domeniul achizițiilor publice.

(2) La nivelul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București directorul executiv al direcției desemnează o persoană responsabilă cu coordonarea AP-ATI, care are completate în fișa de post atribuțiile specifice.

Art. 17. — Raportarea indicatorilor specifici AP-ATI se realizează trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, atât în format electronic, conform modelului de raportare prevăzut în anexa nr. 4 — Borderou centralizator.

Art. 18. — Costul mediu se calculează ca raport între cheltuielile efective și indicatorii fizici realizați. În cazul în care au fost finanțate și alte acțiuni pentru care nu au fost stabiliți indicatorii fizici, acestea vor fi evidențiate distinct, indicându-se cheltuiala pe fiecare acțiune.

Art. 19. — Monitorizarea activităților cuprinse în AP-ATI se referă la:

a) modul de realizare și de raportare a indicatorilor prevăzuți în prezentul ordin;

b) încadrarea în bugetul aprobat;

c) respectarea destinațiilor stabilite pentru fondurile alocate spitalelor care derulează AP-ATI;

d) urmărirea respectării de către persoanele implicate a responsabilităților stabilite prin prezentul ordin referitoare la derularea AP-ATI;

e) identificarea unor posibile disfuncționalități în derularea AP-ATI.

Art. 20. — În cadrul AP-ATI se pot desfășura următoarele activități:

1. achiziționarea medicației necesare în tratamentul pacienților incluși în AP-ATI:

a) soluții perfuzabile;

b) soluții perfuzabile combinate, gata de administrare, pentru administrare intravenoasă, sub formă de flacoane/pungi perfuzabile sau seringi preumplute pentru administrarea prin

inectomat, pregătite prin metode standardizate de calitate și siguranță;

- c) soluții de alimentație enterală și parenterală;
- d) sedative, analgetice, curare, simptomatice;
- e) antibiotice;
- f) vasoactive, antiaritmice, medicație cardiologică;
- g) medicație pentru profilaxia sau tratamentul bolii tromboembolice, inclusiv antagoniștii agenților anticoagulanți;
- h) medicație pentru profilaxia sau tratamentul ulcerului gastroduodenal de stres sau al hemoragiei digestive superioare;
- i) medicație pentru tratamentul coagulopatiilor sau hemoragiilor;
- j) medicație pentru tratamentul disfuncțiilor de organ;
- k) antitoxice;
- l) tratamente patogenetice specifice fiecărei patologii;
- m) medicație disfuncție surfactant;
- n) medicație specifică patologiei ductului arterial;
- o) medicație analeptică respiratorie;
- p) medicație specifică arsurilor termice profunde de gradele II și III;

- q) vaccin antivirus sincițial respirator;
 - r) medicație specifică pentru recuperare medicală precoce:
 - (i) medicație pentru tratamentul spasticității: toxina botulinică A pentru administrare locală;
 - (ii) medicație pentru durerea neuropată de tip central:
 - 1. antidepresive triciclice;
 - 2. anticonvulsivante (gabapentin, pregabalin);
 - 3. inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină;
 - (iii) medicație de neuroreabilitare;
 - s) antagoniști puri ai blocantelor neuromusculare: sugamadex;
 - t) imunoglobulină cu conținut crescut de imunoglobulină A;
2. achiziționarea de reactivi specifici și materiale consumabile pentru determinări de laborator în punctele de lucru proprii:

- a) gaze arteriale;
 - b) electroliți;
 - c) biochimie micrometodă;
 - d) hematologie;
 - e) markeri biologici de sepsis;
 - f) markeri biologici de inflamație;
 - g) markeri de suferință miocardică;
3. achiziționarea de casete de determinare automată rapidă pentru analizor tip PCR a agenților patogeni și sensibilității/resistenței la antibiotice;
4. achiziționarea de materiale consumabile necesare monitorizării pacienților:
- a) catetere intravasculare;
 - b) kituri pentru monitorizare hemodinamică invazivă — inclusiv Swan Ganz;
 - c) kituri pentru monitorizare hemodinamică prin metode minim invazive:
 - (i) PICCO;
 - (ii) Vigileo;
 - (iii) LIDCCO;
 - (iv) ecografie transtoracică;
 - (v) ecografie transesofagiană;
 - d) consumabile pentru monitorizare standard — electrozi EKS, manșete și cabluri tensiometre, senzori pulsoximetrie, senzori capnografie, senzori temperatură, gel electrozi;
 - e) kituri pentru monitorizarea presiunii intracraniene;
 - f) kituri pentru monitorizarea presiunii intravezicale;
 - g) kituri pentru monitorizare funcție, circulație și oxigenare cerebrală;
 - h) consumabile pentru monitorizarea noninvazivă, continuă a hemoglobinei sanguine;
 - i) consumabile pentru monitorizarea continuă, dinamică a coagulării și funcției plachetare;
 - j) consumabile pentru monitorizarea transcutanată a gazelor arteriale;

5. achiziționarea de materiale consumabile necesare ventilației mecanice:

- a) sonde de intubație speciale, cu calități de etanșeitate și protecție superioare;
- b) canule de traheostomie;
- c) kituri de cricotrotomie și traheostomie percutană;
- d) măști faciale sau alte sisteme pentru ventilație noninvazivă;
- e) circuite/tuburi ventilator;
- f) filtre antibacteriene;
- g) senzori de flux ventilatoare;
- h) senzori de oxigen;
- i) sisteme de aspirație traheală în sistem închis, cu durată lungă de utilizare;
- j) sisteme de aspirație pleurală;
- k) sonde pentru monitorizarea presiunii esofagiene;
- l) sonde pentru măsurarea potențialelor electrice diafragmatice;
- m) kit pentru calorimetrie indirectă;

6. achiziționarea de kituri consumabile și soluții pentru efectuarea tehnicilor de epurare extrarenală continuă, inclusiv pentru mediatori ai inflamației în sepsis;

7. achiziționarea de kituri consumabile și soluții pentru efectuarea tehnicilor de dializă hepatică;

8. achiziționarea de kituri și materiale consumabile pentru efectuarea tehnicilor de oxigenare extracorporeală sau eliminare extracorporeală a CO₂;

9. achiziționarea de kituri și materiale consumabile pentru aparate de tip Cell-Saver;

10. achiziționarea de kituri și consumabile pentru dispozitive de asistare mecanică a circulației;

11. achiziționarea de materiale consumabile necesare pentru tratamentul și îngrijirea pacienților critici:

- a) seringi și kituri pentru inectomate;
- b) kituri pentru infuzomate;
- c) kituri pentru administrarea nutriției enterale pe nutripompă;
- d) kituri pentru administrarea transfuziilor în ritm rapid și încălzite;

e) seturi consumabile pentru încălzire activă pacienți;

f) seturi consumabile pentru profilaxia mecanică a bolii tromboembolice;

g) soluții și materiale sanitare necesare îngrijirii pacienților;

h) consumabile tip etichete de siguranță pentru seringile cu medicamente specifice și cu administrare restricționată;

i) echipamente de protecție pentru personalul sanitar;

j) kituri pentru preparare soluții parenterale;

12. achiziționarea de consumabile, kituri și piese de schimb ale aparaturii și echipamentelor din dotarea secției ATI;

13. achiziționarea de chituri și materiale consumabile necesare pentru tratamentul de recuperare precoce al pacientului critic;

14. achiziționarea de teste rapide pentru determinarea încărcăturii microbiene pe mâini;

15. achiziționarea de kituri consumabile și soluții pentru efectuarea tehnicilor de plasmafereză.

Art. 21. — De activitățile prevăzute la art. 20 beneficiază

pacienții critici, cu funcțiile vitale afectate, internați în secțiile ATI cu următoarele diagnostice:

- a) politraumatisme la pacientul adult, pediatric și neonatal;
- b) traumatisme craniocerebrale la pacientul adult, pediatric și neonatal;
- c) malformații vasculare, aneurisme cerebrale;
- d) accidente vasculare cerebrale;
- e) aneurisme și disecții ale vaselor mari;
- f) cardiopatii valvulare la pacientul adult, pediatric și neonatal;
- g) mari urgențe cardiovasculare, medicale sau chirurgicale;
- h) arsuri la pacientul adult, pediatric și neonatal;
- i) intoxicații acute severe la pacientul adult, pediatric;

j) insuficiență respiratorie acută ce necesită ventilație mecanică invazivă, noninvazivă sau administrare de oxid nitric la pacientul adult, pediatric și neonatal;

k) sepsis sever, șoc septic adult, pediatric și neonatal;

l) pancreatită acută severă;

m) cazuri ce necesită epurație extrarenală, dializă hepatică sau oxigenare extracorporeală și eliminare extracorporeală a CO₂;

n) prematuri cu nevoi critice (vârstă gestațională sub 32 de săptămâni și greutate la naștere sub 1.500 g);

o) malformații congenitale ale nou-născutului, sugarului și copilului mic de sferă digestivă, cardiacă, respiratorie, urologică, ortopedică, SNC, ORL etc.;

p) pacient critic cu patologie oncologică;

q) afecțiuni cerebrale:

(i) hidrocefalie;

(ii) hemoragie cerebrală;

(iii) infecții severe SNC;

(iv) asfixie perinatală;

(v) encefalopatie hipoxic-ischemică stadiile II—III;

r) boli neuromusculare degenerative;

s) boli rare:

(i) sindrom de activare macrofagică;

(ii) epidermoliză buloasă;

(iii) sindrom Stevens-Johnson;

(iv) miopatii;

(v) boli metabolice rare;

t) enterocolita ulcero-necrotică;

u) icter neonatal ce necesită exsanguinotransfuzie.

Art. 22. — Indicatorii de evaluare ai AP-ATI sunt următorii:

a) indicatori fizici:

1. numărul de pacienți critici din secțiile ATI (conform machetei de raportare a indicatorilor de evaluare prevăzute în anexa nr. 5);

2. evidența nominală a pacienților critici din secțiile ATI, pe bază de cod numeric personal, potrivit anexelor nr. 6 și 7;

b) indicatori de eficiență:

1. cost mediu/pacient critic din secțiile ATI, anexa nr. 5;

2. execuția bugetului aprobat pentru AP-ATI, potrivit machetei prevăzute în anexa nr. 8;

c) indicatori de rezultat:

1. registre naționale pentru patologii specifice;

2. ghiduri și protocoale de diagnostic;

3. ghiduri și protocoale de tratament al pacienților critici.

Art. 23. — (1) Criteriile de eligibilitate pentru unitățile care derulează AP-ATI sunt:

a) sistem de gardă dedicată de anestezie și terapie intensivă;

b) dotare minimală incluzând:

(i) aparate de ventilație artificială;

(ii) monitoare funcții vitale;

(iii) infuzomate/injectomate;

(iv) defibrilatoare;

(v) aparatură de laborator punct de lucru local („point of care”);

c) unități de nivel III clasificate conform Ordinului ministrului sănătății nr. 910/2002*) privind criteriile de ierarhizare a secțiilor de spital de specialitate obstetrică, ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Managerul spitalului va trimite la Serviciul medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin o declarație cu privire la îndeplinirea tuturor criteriilor de eligibilitate prevăzute la alin. (1).

(3) Managerul spitalului nominalizat să desfășoare AP-ATI este obligat ca în termen de 5 zile să notifice Serviciul medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății despre situația în care criteriile de eligibilitate de la alin. (1) nu mai sunt respectate.

Art. 24. — Se nominalizează să desfășoare AP-ATI în condițiile prevăzute de prezentul ordin următoarele unități sanitare:

a) structuri ATI adulți/copii:

1. Spitalul Universitar de Urgență Elias;

2. Spitalul de Urgență „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” București;

3. Spitalul Militar de Urgență „Dr. Carol Davilla”;

4. Spitalul Militar de Urgență „Regina Maria” Brașov;

5. Spitalul Militar de Urgență „Dr. Victor Popescu” Timișoara;

6. Spitalul Militar de Urgență „Dr. Constantin Papiilian” Cluj-

Napoca;

7. Spitalul Clinic Județean de Urgență Alba Iulia;

8. Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;

9. Spitalul Județean de Urgență Pitești;

10. Spitalul Județean de Urgență Bacău;

11. Spitalul Județean Bacău;

12. Spitalul Municipal Moinești;

13. Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;

14. Spitalul Municipal „Ep. N. Popovici” Beiuș;

15. Spitalul Clinic Județean de Urgență Bistrița;

16. Spitalul Județean de Urgență „Mavromati” Botoșani;

17. Spitalul Clinic Județean de Urgență Brăila;

18. Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;

19. Spitalul de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I. A. Sbarcea”;

20. Spitalul Clinic de Copii Brașov;

21. Spitalul Clinic Sfânta Maria București;

22. Spitalul Clinic Colentina București;

23. Spitalul Clinic de Urologie „Prof. Dr. Th. Burghel”

București;

24. Spitalul Clinic „Dr. Victor Babeș” București;

25. Spitalul Clinic Județean de Urgență Buzău;

26. Spitalul Clinic Județean de Urgență Călărași;

27. Spitalul Județean de Urgență Reșița;

28. Spitalul Municipal Caransebeș;

29. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca;

30. Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca;

31. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj;

32. Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;

33. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Dr. Fogolyan Kristof”

Sfântu Gheorghe;

34. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgoviște;

35. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”

Galăț;

36. Spitalul Clinic Județean de Urgență Giurgiu;

37. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Jiu;

38. Spitalul Clinic Județean de Urgență Miercurea-Ciuc;

39. Spitalul Județean de Urgență Deva;

40. Spitalul Municipal Petroșani;

41. Spitalul Municipal Hunedoara;

42. Spitalul Clinic Județean de Urgență Slobozia;

43. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sfânta Maria”

Iași;

44. Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. N. Oblu” Iași;

45. Spitalul Clinic „Dr. C. I. Parhon” Iași;

46. Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași;

47. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Sfânta Parascheva”

Iași;

48. Spitalul Clinic Județean de Urgență Ilfov;

49. Spitalul Județean de Urgență „Dr. C. Opreș” Baia Mare;

50. Spitalul Clinic Județean de Urgență Drobeta-Turnu

Severin;

51. Spitalul Clinic Județean Mureș;

52. Spitalul Clinic Județean de Urgență Piatra-Neamț;

53. Spitalul Municipal Roman;

54. Spitalul Clinic Județean de Urgență Slatina;

55. Spitalul Județean de Urgență Ploiești;

56. Spitalul de Pediatrie Ploiești;

57. Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Ploiești;

*) Ordinul ministrului sănătății nr. 910/2002 nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

58. Spitalul Clinic Județean de Urgență Zalău;
 59. Spitalul Clinic Județean de Urgență Satu Mare;
 60. Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 61. Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu;
 62. Spitalul Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou” Suceava;
 63. Spitalul Clinic Județean de Urgență Alexandria;
 64. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „L. Turcanu” Timișoara;
 65. Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
 66. Spitalul Municipal „Dr. Teodor Andrei” Lugoj;
 67. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara;
 68. Spitalul Clinic Județean de Urgență Tulcea;
 69. Spitalul Clinic Județean de Urgență Râmnicu Vâlcea;
 70. Spitalul Clinic Județean de Urgență Vaslui;
 71. Spitalul Municipal „Elena Beldiman” Bârlad;
 72. Spitalul Clinic de Urgență București;
 73. Institutul Clinic Fundeni;
 74. Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C. C. Iliescu” București;
 75. Spitalul Universitar de Urgență București;
 76. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București;
 77. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M. S. Curie” București;
 78. Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Ioan”, inclusiv Maternitatea Bucur;
 79. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București;
 80. Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar Arseni” București;
 81. Spitalul Clinic de Urgență Chirurgie Plastică Reparatrice și Arși București;
 82. Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Dr. A. Rusescu” București;
 83. Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta” București;
 84. Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. M. Balș” București;
 85. Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
 86. Institutul Oncologic „Prof. Dr. Al. Trestioreanu” București;
 87. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
 88. Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „N. Stăncioiu” Cluj-Napoca;
 89. Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie „Prof. Dr. O. Fodor” Cluj-Napoca;
 90. Institutul Oncologic „Prof. Dr. Ion Chiricuță” Cluj-Napoca;
 91. Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
 92. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Spiridon” Iași;
 93. Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. G. I. M. Georgescu” Iași;
 94. Institutul Regional Oncologic Iași;
 95. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 96. Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
 97. Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
 98. Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 99. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Pantelimon” Focșani;
 100. Spitalul Clinic Municipal Filantropia Craiova;
 101. Spitalul Clinic de Nefrologie „Dr. Carol Davila” București;
 102. Spitalul Clinic Colțea București;
 103. Spitalul Municipal de Urgență Pașcani Iași;
 104. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș” Craiova;
 105. Spitalului Municipal Caracal;
 106. Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular „Foișor”;
 107. Spitalul Municipal „Dr. Aurel Tulbure” Făgăraș;
 b) structuri terapie intensivă nou-născuți:
 1. Spitalul Județean de Urgență Bacău;
 2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
 3. Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
 4. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
 5. Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
 6. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Galați;
 7. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza Vodă” Iași
 8. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 9. Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 10. Spitalul Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou” Suceava;
 11. Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
 12. Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
 13. Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului Alfred Rusescu;
 14. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”;
 15. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia — București;
 16. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București;
 17. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București;
 18. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M. S. Curie” București;
 19. Spitalul Universitar de Urgență București;
 20. Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino” București;
 21. Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Ioan” — Maternitatea Bucur;
 22. Spitalul de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I. A. Sbarcea”;
 23. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Apostol Andrei” Constanța;
 24. Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
 25. Spitalul Universitar de Urgență Elias.
 Art. 25. — Direcțiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și spitalele care derulează AP-ATI, indiferent de subordonare, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.
 Art. 26. — Anexele nr. 1—8*) fac parte integrantă din prezentul ordin.
 Art. 27. — La data publicării prezentului ordin, Ordinul ministrului sănătății nr. 447/2015 privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru monitorizarea, tratamentul și îngrijirea pacienților critici din secțiile ATI adulți/copii și terapie intensivă nou-născuți, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 245 din 9 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.
 Art. 28. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Victor Sebastian Costache

București, 9 ianuarie 2020.
 Nr. 5.

*) Anexele nr. 1—8 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 15 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN**privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru tratamentul pacienților cu infarct miocardic acut**

Văzând Referatul de aprobare nr. V.S.C. 229 din 9 ianuarie 2020 al Serviciului medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății,

având în vedere art. 100 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Acțiunile prioritare pentru tratamentul pacienților cu infarct miocardic acut, denumite în continuare *AP-IMA*, ale căror costuri nu pot fi acoperite din fondurile obținute pe baza contractelor cu casele de asigurări județene și a municipiului București, se finanțează și se derulează în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

(2) AP-IMA sunt elaborate, derulate și finanțate de către Ministerul Sănătății și se implementează prin spitale cu structuri de cardiologie.

Art. 2. — (1) În vederea coordonării din punct de vedere științific și metodologic la nivel național a AP-IMA, pentru anii 2020—2023, se constituie un colectiv de lucru format din specialiști în specialitatea cardiologie, denumit în continuare *CL-IMA*, în conformitate cu prevederile art. 15 din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(2) CL-IMA are următoarea componență: 4 membri, din care unul este secretarul de stat care are în coordonare AP-IMA.

(3) Desemnarea componenței CL-IMA se realizează de către ministrul sănătății.

(4) Componența CL-IMA se stabilește prin ordin al ministrului sănătății.

Art. 3. — (1) În exercitarea atribuțiilor sale, CL-IMA formulează propuneri, fundamentări, analize, recomandări și informări referitoare la AP-IMA, pe care le transmite Serviciului medicină de urgență.

(2) Secretariatul tehnic permanent al CL-IMA se asigură de către Serviciul medicină de urgență

(3) CL-IMA își desfășoară activitatea în ședințe organizate ori de câte ori este nevoie, la solicitarea ministrului sănătății sau a secretarului de stat care are în coordonare AP-IMA.

(4) Ședințele sunt legal constituite în prezența majorității simple a CL-IMA.

Art. 4. — (1) CL-IMA este coordonatorul național al AP-IMA din punct de vedere științific și metodologic, iar Serviciul medicină de urgență reprezintă structura centrală a Ministerului Sănătății responsabilă cu coordonarea administrativă a acestei acțiuni.

(2) La nivelul spitalului, derularea și monitorizarea AP-IMA se realizează de către un coordonator desemnat de către managerul spitalului cu aprobarea CL-IMA; acesta poate fi șeful de secție sau un alt medic din cadrul structurii care derulează AP-IMA.

(3) Numele și datele de contact ale coordonatorului — număr telefon fix, număr telefon mobil, fax, e-mail, adresa poștală a spitalului și a secției, în cazul în care acestea diferă — vor fi comunicate Serviciului medicină de urgență din Ministerul Sănătății.

(4) Atunci când derularea AP-IMA într-un spital se realizează prin mai multe structuri de cardiologie, managerul desemnează un coordonator la nivelul spitalului cu aprobarea CL-IMA, iar repartitia fondurilor alocate fiecărei structuri se stabilește de către managerul spitalului, la propunerea coordonatorului și după o consultare cu șefii structurilor implicate în AP-IMA.

Art. 5. — Spitalele care derulează AP-IMA au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor, precum și a organizării evidenței nominale, pe bază de cod numeric personal, a beneficiarilor AP-IMA.

Art. 6. — AP-IMA se finanțează de la bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății de la titlurile bugetare 20 „Bunuri și servicii” și 51 „Transferuri între unități ale administrației publice”, prevăzute în Clasificația indicatorilor privind finanțele publice.

Art. 7. — (1) Pentru fondurile alocate la titlul 20 „Bunuri și servicii”, direcțiile de sănătate publică încheie contracte pentru derularea AP-IMA, conform modelului prevăzut în anexa nr. 1 cu spitalele nominalizate prin prezentul ordin, din subordinea autorităților publice locale, ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.

(2) De la titlul 51 „Transferuri între unități ale administrației publice” se finanțează cheltuielile aferente activităților prevăzute în AP-IMA desfășurate de spitalele din subordinea Ministerului Sănătății, nominalizate în prezentul ordin.

(3) Din fondurile alocate spitalele pot finanța activități specifice AP-IMA.

(4) Din fondurile alocate AP-IMA spitalele nu pot finanța cheltuieli de natura utilităților și cheltuieli de capital.

(5) Finanțarea AP-IMA din bugetul Ministerului Sănătății se face lunar, pe total titlu, pe baza cererilor fundamentate ale ordonatorilor de credite secundari și terțiari, însoțite de documentele justificative ale acestora, semnate și parafate lizibil de coordonatorul, în raport cu:

- gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior;
- disponibilul din cont rămas neutilizat;
- indicatorii fizici realizați în perioada anterioară;
- bugetul aprobat cu această destinație.

(6) Cererile de finanțare fundamentate ale ordonatorilor de credite, detaliate pe tipuri de cheltuieli, se transmit spre avizare Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, până cel târziu în data de 5 a lunii pentru care se face finanțarea, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2.

(7) Cererea de finanțare fundamentată este însoțită de cererea detaliată pe tipuri de cheltuieli, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 3, precum și de borderoul centralizator, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 4.

(8) Cererile de finanțare transmise de către ordonatorii de credite după termenul prevăzut la alin. (6) nu vor fi finanțate în luna pentru care se face solicitarea. Acestea se finanțează în luna următoare celei pentru care a fost transmisă solicitarea, în baza unei noi cereri transmise în termenul prevăzut la alin. (6), cu încadrarea în limitele alocărilor bugetare.

Art. 8. — Sumele alocate pentru AP-IMA sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, respectiv ale spitalelor, se aprobă odată cu acestea și se utilizează numai potrivit destinațiilor stabilite.

Art. 9. — (1) În baza contractelor încheiate conform prevederilor art. 7 alin. (1) direcțiile de sănătate publică decontează cheltuieli de natura bunurilor contractate pentru desfășurarea activităților prevăzute în AP-IMA.

(2) Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București decontează contravaloarea bunurilor acordate pentru desfășurarea activităților prevăzute în AP-IMA, în limita sumelor disponibile cu această destinație, în ordinea cronologică a documentelor justificative depuse, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii acestora pentru bunurile achiziționate conform contractelor încheiate.

Art. 10. — În vederea realizării activităților AP-IMA, Serviciul medicină de urgență din Ministerul Sănătății are următoarele atribuții:

a) evaluează și fundamentează anual necesarul de resurse financiare în raport cu obiectivele și activitățile propuse pentru AP-IMA pe baza indicatorilor realizați în anul precedent și propune spre aprobare ministrului sănătății alocarea fondurilor AP-IMA, precum și repartitia fondurilor pe spitale, pe baza fundamentării CL-IMA și a propunerilor formulate de către direcțiile de sănătate publică sau spitale, după caz;

b) elaborează structura AP-IMA, în colaborare cu direcțiile de specialitate din Ministerul Sănătății, pe baza analizelor și propunerilor CL-IMA și a propunerilor coordonatorilor;

c) evaluează trimestrial și anual realizarea obiectivelor AP-IMA și face propuneri pentru îmbunătățirea acestora în scopul îndeplinirii obiectivelor aprobate;

d) comunică direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București și spitalelor care derulează AP-IMA sumele repartizate, precum și activitățile pentru care acestea se utilizează;

e) avizează solicitările de finanțare lunară ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și ale celorlalte instituții care derulează AP-IMA, realizează centralizarea acestora și o înaintează către Direcția generală buget și contabilitate, pentru întocmirea cererilor de deschideri de credite;

f) monitorizează și analizează trimestrial, anual și ori de câte ori este necesar realizarea indicatorilor specifici AP-IMA, evaluează gradul de îndeplinire a obiectivelor și dispune măsurile ce se impun în situația unor disfuncționalități în utilizarea fondurilor aferente, după caz;

g) verifică încadrarea în disponibilul de credite bugetare și avizează referatul privind finanțarea lunară a AP-IMA;

h) propune misiuni de control la nivelul unităților sanitare care derulează AP-IMA, precum și persoane care pot participa la acestea, pe baza propunerilor CL-IMA.

Art. 11. — În vederea realizării activităților AP-IMA, Direcția generală economică din Ministerul Sănătății are următoarele atribuții:

a) elaborează proiectul bugetului Ministerului Sănătății în care sunt cuprinse sumele aferente AP-IMA, pe baza propunerilor și fundamentărilor prezentate de Serviciul medicină de urgență din Ministerul Sănătății;

b) comunică Serviciului medicină de urgență, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la aprobare, fondurile bugetare aprobate, pe titluri bugetare, în vederea repartizării acestora;

c) elaborează și supune spre aprobare ordonatorului principal de credite fișele de buget, pe titluri bugetare și articole de cheltuieli, și le comunică unităților care derulează AP-IMA;

d) primește lunar solicitările de finanțare ale unităților care derulează AP-IMA, centralizate de Serviciul medicină de urgență;

e) efectuează deschiderile de credite bugetare necesare pentru finanțarea AP-IMA.

Art. 12. — În vederea derulării și monitorizării AP-IMA, CL-IMA are următoarele atribuții:

a) formulează strategia și procedurile de organizare și desfășurarea anuală a AP-IMA, pe care le înaintează pentru implementare Serviciului medicină de urgență până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent pentru anul următor;

b) formulează propuneri cu privire la structura AP-IMA, pe care le transmite Serviciului medicină de urgență până cel târziu la data de 15 iulie a anului curent pentru anul următor;

c) fundamentează și dispune asupra necesarului de resurse pentru AP-IMA și îl înaintează Serviciului medicină de urgență până la data de 15 iulie a anului curent pentru anul următor;

d) formulează propuneri cu privire la repartitia fondurilor aferente unităților sanitare, pe care le comunică Serviciului medicină de urgență;

e) realizează analiza trimestrială și anuală a indicatorilor prevăzuți în cadrul AP-IMA, centralizați la nivel național, și o transmite Serviciului medicină de urgență;

f) propune misiuni de control și desemnează persoane care pot participa la acestea.

Art. 13. — Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au următoarele obligații în vederea derulării și monitorizării AP-IMA:

a) centralizează trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual indicatorii specifici AP-IMA raportați de spitale, în condițiile prezentului ordin;

b) transmit Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, trimestrial și anual, în primele 20 de zile calendaristice după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii prevăzuți în cadrul AP-IMA, centralizați în conformitate cu prevederile lit. a);

c) monitorizează modul de derulare a AP-IMA;

d) verifică organizarea evidenței nominale a beneficiarilor AP-IMA, pe bază de cod numeric personal, de către spitalele care derulează AP-IMA, aflate în subordinea autorităților publice locale, ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

e) întocmesc un raport de activitate centralizat lunar, respectiv anual, pe baza rapoartelor de activitate transmise de coordonatorii din spitalele care derulează AP-IMA;

f) transmit Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, până la sfârșitul lunii următoare pentru care se face raportarea, raportul de activitate prevăzut la lit. e);

g) raportul de activitate centralizat prevăzut la lit. e) cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-IMA, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în prezentul ordin, problemele și disfuncționalitățile întâmpinate în realizarea activităților, propunerile de îmbunătățire a modului de derulare a AP-IMA;

h) transmit Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, până la data de 15 iulie a anului curent, fundamentarea necesarului de resurse pentru anul următor.

Art. 14. — Spitalele care derulează AP-IMA au următoarele atribuții:

a) organizează evidența nominală a beneficiarilor AP-IMA, pe bază de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, precum și decontul individual al fiecărui pacient care a beneficiat de fonduri din AP-IMA;

b) raportează direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sau, după caz, Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail ima@ms.ro, în funcție de subordonare, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în primele 20 de zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-IMA, în condițiile prezentului ordin;

c) monitorizează modul de derulare a AP-IMA;

d) întocmesc un raport de activitate centralizat lunar, respectiv anual, pe baza rapoartelor de activitate transmise de coordonatorii AP-IMA;

e) transmit CL-IMA și, în funcție de subordonare, Serviciului medicină de urgență, în format electronic la adresa de e-mail

ima@ms.ro, sau direcției de sănătate publică, după caz, date pentru întocmirea raportului de activitate prevăzut la art. 13 lit. e) până la data de 20 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

f) raportul de activitate centralizat prevăzut la lit. e) cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-IMA, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în prezentul ordin, probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților, propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a AP-IMA.

Art. 15. — Coordonatorii AP-IMA, desemnați în condițiile prevăzute la art. 4 alin. (2), au următoarele obligații cu privire la monitorizarea activităților cuprinse în cadrul acestora:

a) organizează evidența nominală a beneficiarilor AP-IMA, pe bază de cod numeric personal, cu respectarea prevederilor legale referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date;

b) raportează conducerii spitalului, lunar și anual, în primele 5 zile după încheierea perioadei pentru care se face raportarea, indicatorii specifici AP-IMA, în condițiile prezentului ordin;

c) monitorizează modul de derulare a AP-IMA pe care le coordonează;

d) monitorizează permanent consumul de materiale sanitare și medicamente care se acordă în cadrul AP-IMA;

e) întocmesc un raport de activitate lunar, respectiv anual, pe care îl transmit conducerii instituției până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care raportează; raportul de activitate cuprinde: stadiul realizării activităților prevăzute în cadrul AP-IMA, analiza comparativă a costurilor medii realizate raportat la costurile medii la nivel național prevăzute în prezentul ordin, probleme și disfuncționalități întâmpinate în realizarea activităților, propuneri de îmbunătățire a modului de derulare a AP-IMA;

f) informează permanent conducerea instituției cu privire la disfuncționalitățile identificate în derularea AP-IMA și propune măsuri de soluționare a acestora;

g) avizează documentele justificative (facturile) care însoțesc cererile de finanțare lunară;

h) organizează raportarea cazurilor în Registrul național de infarct de miocard acut.

Art. 16. — (1) Ordonatorii de credite secundari și terțiari au următoarele obligații în realizarea AP-IMA:

a) utilizează fondurile în limita bugetului aprobat și potrivit destinației specificate, cu respectarea dispozițiilor legale;

b) gestionează eficient mijloacele materiale și bănești;

c) organizează evidența contabilă a cheltuielilor pe subdiviziunile clasificăției bugetare;

d) raportează indicatorii specifici prevăzuți în AP-IMA, în condițiile prezentului ordin;

e) transmit Serviciului medicină de urgență sau direcțiilor de sănătate publică, după caz, cererile de finanțare fundamentate, însoțite de documentele justificative, în condițiile prezentului ordin;

f) completează fișele de post ale coordonatorilor desemnați cu atribuțiile corespunzătoare activităților prevăzute în cadrul AP-IMA;

g) organizează, prin directorul financiar-contabil al spitalului și/sau al instituției publice prin care se derulează AP-IMA, evidențele contabile, evidențele tehnico-operative ale spitalului/instituției publice, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

h) transmit structurilor de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății orice alte date referitoare la AP-IMA pe care le derulează și răspund de exactitatea și realitatea datelor raportate;

i) transmit lunar Serviciului medicină de urgență, în primele 20 de zile calendaristice ale lunii curente pentru luna precedentă, execuția bugetară a bugetului aprobat pentru AP-IMA derulate;

j) achiziționează materiale sanitare și medicamente cu respectarea legislației în vigoare din domeniul achizițiilor publice.

(2) La nivelul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București directorul executiv al direcției desemnează o persoană responsabilă cu coordonarea AP-IMA, care are completate în fișa de post atribuțiile specifice.

Art. 17. — Raportarea indicatorilor specifici AP-IMA se realizează trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în format electronic, conform modelului de raportare prevăzut în anexa nr. 4 — Borderou centralizator.

Art. 18. — Costul mediu se calculează ca raport între cheltuielile efective și indicatorii fizici realizați. În cazul în care au fost finanțate și alte acțiuni pentru care nu au fost stabiliți indicatori fizici, acestea vor fi evidențiate distinct, indicându-se cheltuiala pe fiecare acțiune.

Art. 19. — Monitorizarea activităților cuprinse în AP-IMA se referă la:

a) modul de realizare și de raportare a indicatorilor prevăzuți în prezentul ordin;

b) încadrarea în bugetul aprobat;

c) respectarea destinațiilor stabilite pentru fondurile alocate spitalelor care derulează AP-IMA;

d) urmărirea respectării de către persoanele implicate a responsabilităților stabilite prin prezentul ordin referitoare la derularea AP-IMA;

e) identificarea unor posibile disfuncționalități în derularea AP-IMA.

Art. 20. — În cadrul AP-IMA se pot desfășura următoarele activități:

A. tratamentul infarctului miocardic acut (sindroamelor coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) prin:

1. intervenții coronariene percutane;

2. implantare de stenturi;

B. achiziții pentru tratamentele menționate la pct. 1:

1. kit câmp steril pentru intervenții angiografice;

2. ac puncție femurală;

3. ac puncție radială;

4. set puncție arteră femurală;

5. set puncție arteră radială;

6. Manifold;

7. seringă luer lock;

8. kit tuburi presiune;

9. perfuzor fluide fără cameră;

10. kit recipiente pentru angiografie;

11. lamă bisturiu;

12. ac cu ață permanentă;

13. portac;

14. extensii pentru cateter;

15. seringi pentru injectomat 50 ml;

16. seringi 20 ml;

17. seringi 10 ml;

18. seringi 5 ml;

19. ac portocaliu pentru administrare subcutană de anestezie;

20. arc ghid diagnostic metalic pentru angiografie;

21. arc ghid diagnostic hidrofil pentru angiografie;

22. cateter diagnostic pentru angiografie;

23. cateter ghid pentru angioplastie;

24. valvă hemostatică pentru angioplastie;

25. pompă cu manometru pentru umflat balonașe (indeflator);

26. introducător pentru arc ghid angioplastie;

27. torquer pentru arc ghid angioplastie;

28. balon angioplastie;

29. balon angioplastie tip cutting;

30. balon angioplastie tip angio-sculpt;

31. stent acoperit cu substanțe antiproliferative (DES);

32. stent metalic (BMS);

33. dispozitiv de aspirație a trombusului;

34. dispozitiv de protecție distală;

35. microcateter pentru angioplastie;
36. arc ghid angioplastie;
37. balon contrapulsatie;
38. snare wire;
39. ghid cu sondă distală pentru măsurare „fractional flow reserve”;
40. sondă pentru ecografie intravasculară;
41. dispozitiv pentru puncție — biopsie miocardică;
42. tornous;
43. compact-discuri pentru stocare media;
44. consumabile pentru aparat monitorizare ACT;
45. măști protecție față;
46. mănuși chirurgicale;
47. dispozitiv de compresie externă arteră radială;
48. dispozitiv de compresie externă arteră femurală;
49. sondă de stimulare temporară;
50. sistem de închidere percutană a orificiului de puncție femurală;
51. balon de contrapulsatie intraaortică;
52. set celule (transducere) pentru monitorizare presiuni invazive;
53. kit complet implantare pompă de asistență circulatorie tip ECLS/ECMO.

Art. 21. — De activitățile prevăzute la art. 20 beneficiază pacienții critici cu următoarele diagnostice: infarct miocardic acut (sindrom coronarian acut cu supradenivelare de segment ST), în primele 12 ore de la debutul simptomelor.

Art. 22. — Indicatorii de evaluare ai AP-IMA sunt următorii:

a) indicatori fizici:

1. numărul de pacienți critici cu infarct miocardic acut (sindroame coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) tratați prin: intervenții coronariene percutane/an și implantare de stent/an (conform anexei nr. 5);

2. evidența nominală a pacienților critici cu infarct miocardic acut (sindroame coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) tratați prin: intervenții coronariene percutane/an și implantare de stent/an, pe bază de cod numeric personal (conform anexelor nr. 6 și 7);

b) indicatori de eficiență:

1. cost mediu/pacient critic cu infarct miocardic acut (sindroame coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) tratat prin: intervenții coronariene percutane/an și implantare de stent/an (conform anexei nr. 5);

2. execuția bugetului aprobat pentru AP-IMA (potrivit marelui de raportare a execuției bugetare pentru AP-IMA prevăzută în anexa nr. 8);

c) indicatori de rezultat:

1. registre naționale pentru patologii specifice;
2. ghiduri și protocoale de diagnostic;
3. ghiduri și protocoale de tratament al pacienților critici.

Art. 23. — (1) Criteriile de eligibilitate pentru unitățile care derulează AP-IMA sunt:

a) sistem de gardă dedicată pentru tratamentul infarctului miocardic acut (sindroamelor coronariene acute cu supradenivelare de segment ST) prin intervenții coronariene percutane;

b) experiență de cel puțin 400 de proceduri de dilatare coronariană/an;

c) dotarea existentă (accesul la cel puțin un angiograf);

d) prezența personalului calificat (cel puțin 2 medici, o asistentă și o infirmieră, disponibili pe tot parcursul programului gărzii dedicate);

e) secție de cardiologie care are capacitatea de a prelua și monitoriza toate cazurile rezolvate prin proceduri de dilatare coronariană;

f) secție/compartimente de anestezie terapie intensivă, cu cel puțin o linie de gardă în spital.

(2) Managerul spitalului va trimite Serviciului medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului ordin o declarație cu privire la îndeplinirea tuturor criteriilor de eligibilitate prevăzute la alin. (1).

(3) Managerul spitalului nominalizat să desfășoare AP-IMA este obligat ca în termen de 5 zile să notifice Serviciul medicină de urgență din cadrul Ministerului Sănătății despre situația în care criteriile de eligibilitate de la alin. (1) nu mai sunt respectate.

Art. 24. — Se nominalizează să desfășoare AP-IMA în condițiile prevăzute de prezentul ordin următoarele unități sanitare:

1. Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. dr. C.C. Iliescu” București;
2. Spitalul Universitar de Urgență București;
3. Spitalul Clinic de Urgență București;
4. Spitalul Universitar de Urgență Elias;
5. Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București;
6. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
7. Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;
8. Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
9. Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Nicolae Stăncioiu” Cluj-Napoca;
10. Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. dr. George I.M. Georgescu” Iași;
11. Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
12. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
13. Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
14. Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare;
15. Spitalul Clinic Județean de Urgență Brăila;
16. Spitalul Clinic Județean de Urgență Ploiești;
17. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța;
18. Spitalul Județean de Urgență „Ioan cel Nou” Suceava;
19. Spitalul Județean de Urgență Pitești.

Art. 25. — Direcțiile de specialitate din Ministerul Sănătății, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și spitalele care derulează AP-IMA, indiferent de subordonare, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 26. — Anexele nr. 1—8*) fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 27. — La data publicării prezentului ordin, Ordinul ministrului sănătății nr. 449/2015 privind aprobarea modului de administrare, finanțare și implementare a acțiunilor prioritare pentru tratamentul pacienților cu infarct miocardic acut, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 245 din 9 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

Art. 28. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Victor Sebastian Costache

București, 9 ianuarie 2020.

Nr. 6.

*) Anexele nr. 1—8 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 15 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

ACTE ALE CURȚII EUROPENE A DREPTURILOR OMULUI

CURTEA EUROPEANĂ A DREPTURILOR OMULUI
SECȚIA A PATRA

HOTĂRÂREA din 24 septembrie 2019

în Cauza Antohi împotriva României

(Cererea nr. 48.093/15)
Strasbourg

Hotărârea este definitivă. Poate suferi modificări de formă.

În Cauza Antohi împotriva României,

Curtea Europeană a Drepturilor Omului (Secția a patra), reunită într-un comitet compus din Faris Vehabović, președinte, Iulia Antoanella Motoc, Péter Paczolay, judecători, și Andrea Tamietti, grefier adjunct de secție, după ce a deliberat în camera de consiliu, la 3 septembrie 2019, pronunță prezenta hotărâre, adoptată la aceeași dată:

PROCEDURA

1. La originea cauzei se află Cererea nr. 48.093/15 îndreptată împotriva României, prin care un resortisant al acestui stat, domnul Sorin Antohi („reclamantul”), a sesizat Curtea la 24 septembrie 2015, în temeiul art. 34 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale („Convenția”).

2. Reclamantul, care a beneficiat de ajutor judiciar, a fost reprezentat de domnul A. Grigoriu, avocat în București. Guvernul român („Guvernul”) a fost reprezentat de agentul guvernamental, doamna C. Brumar, din cadrul Ministerului Afacerilor Externe.

3. La 20 aprilie 2016, o parte din capetele de cerere ale reclamantului, formulate în temeiul art. 3 și art. 6 din Convenție, au fost comunicate Guvernului, iar celelalte capete de cerere au fost declarate inadmisibile în temeiul art. 54 § 3 din Regulamentul Curții.

4. Guvernul a ridicat obiecții cu privire la examinarea cererilor de către un comitet. După ce a examinat obiecția Guvernului, Curtea o respinge.

ÎN FAPT

I. Circumstanțele cauzei

5. Reclamantul s-a născut în 1972 și, în prezent, este deținut în Penitenciarul Jilava.

A. Procesul penal împotriva reclamantului

6. La 31 octombrie 2011, Parchetul de pe lângă Judecătoria Sector 4 București a dispus punerea în mișcare a acțiunii penale față de reclamant sub aspectul săvârșirii infracțiunilor de delapidare, înșelăciune și fals în înscrisuri sub semnătură privată.

7. Pe parcursul procesului reclamantul a fost asistat de avocat ales.

8. În perioada 15 noiembrie 2011—3 decembrie 2013, audierile s-au desfășurat în fața Judecătoriei Sector 4 București, în fața unui complet format dintr-un judecător unic (și anume O.R.N.). Instanța a audiat, de asemenea, 27 de martori din dosar, inclusiv pe L.B. și I.O.

9. În perioada 3 decembrie 2013—25 februarie 2014, completul format din judecătorul unic al judecătoriei, care a examinat cauza reclamantului, s-a schimbat în mod repetat.

10. La ședința din 23 septembrie 2014, Judecătoria Sector 4 București, în complet format dintr-un judecător unic (și anume F.M.P.), a audiat un expert financiar cu privire la obiecțiile ridicate de reclamant cu privire la raportul de expertiză financiară întocmit în dosarul acestuia și a respins obiecțiile reclamantului. În plus, instanța a respins cererea reclamantului de a audia

martorii F.H., L.B., și I.O. A reținut că nu era necesară audierea martorilor respectivi, întrucât existau suficiente elemente de probă în dosar pentru ca reclamantul să își susțină apărarea. Judecătoria a respins cererea reclamantului de a i se permite să dea un supliment de declarație. Instanța a considerat că nu existau elemente noi care să necesite o nouă audiere a reclamantului. De asemenea, a hotărât că, în timpul deliberărilor, acesta ar fi putut prezenta argumente precise în apărarea sa, întemeindu-se pe toate probele disponibile.

11. La 29 octombrie 2014, judecătoria, în complet format dintr-un judecător unic (și anume F.M.P.), l-a condamnat pe reclamant la 13 ani de închisoare pentru delapidare, înșelăciune și fals în înscrisuri sub semnătură privată și l-a obligat la plata de despăgubiri pentru prejudiciul material cauzat ca urmare a faptelor sale. Instanța a considerat că faptele reclamantului au fost dovedite de probele prezentate în cauză. Astfel, măturile reprezentanților părților vătămate și documentele disponibile au fost coroborate cu depozițiile martorilor, raportul de expertiză financiară, observațiile orale și scrise ale expertului financiar, documentele financiare disponibile, un raport de expertiză grafologică, alte documente și, parțial, cu declarațiile reclamantului. Instanța a observat că, în declarațiile date în fața autorităților, reclamantul a recunoscut că săvârșise infracțiunea de fals în înscrisuri sub semnătură privată. Cu toate acestea, declarațiile sale privind infracțiunile de delapidare și înșelăciune erau inconsecvente, acesta încercând să minimizeze aspectul penal al acțiunilor sale și prejudiciul cauzat.

12. Reclamantul a declarat apel împotriva hotărârii. Potrivit acestuia, printre altele, compunerea completului format dintr-un judecător unic, care a examinat cauza sa la instanța de fond, s-a schimbat în mod repetat (*supra*, pct. 9). Prin urmare, judecătorul care l-a condamnat nu era cel care îi audiase în mod nemijlocit pe el și pe martori. În plus, judecătoria a respins cererea acestuia de a-i audia pe martorii F.H., L.B., și I.O. (*supra*, pct. 10), deși aceștia ar fi putut furniza clarificări relevante cu privire la infracțiunea de delapidare și la valoarea prejudiciului efectiv cauzat prin faptele ilicite de care a fost acuzat.

13. La ședința din 19 martie 2015, Curtea de Apel București, în complet format din doi judecători, și anume C.B. și I.C., l-a audiat pe reclamant cu privire la acuzațiile care au fost aduse împotriva sa. Printre altele, reclamantul a recunoscut că a săvârșit infracțiunile de înșelăciune și fals în înscrisuri sub semnătură privată. Cu toate acestea, a declarat că nu intenționase să cauzeze vreun prejudiciu prin comiterea înșelăciunii. În ceea ce privește infracțiunea de delapidare, a recunoscut, de asemenea, că și-a însușit anumite sume de bani

pentru a achita o datorie, întrucât era șantajat de un creditor. Reclamantul a semnat declarația sa și a certificat faptul că a citit-o și că este de acord cu conținutul acesteia.

14. La aceeași dată, instanța a respins cererea reclamantului ca expertul financiar, F.H., R.S. și alți 9 martori să fie reascuțați. S-a reținut că aspectele care puteau fi dovedite de mărturiile expertului și ale martorilor au fost deja acoperite de alte elemente de probă care au fost depuse la dosar, în special înscrisuri și alte declarații. Instanța a luat notă de declarația reclamantului potrivit căreia solicita depunerea de noi probe la dosar, întrucât intenționa să dovedească faptul că nu fusese administrator și că, prin urmare, nu ar fi putut săvârși infracțiunea de delapidare.

15. Prin Hotărârea definitivă din 26 martie 2015, curtea de apel, în complet format din doi judecători, și anume C.B. și I.C., a respins apelul reclamantului. Instanța a hotărât că garanțiile procedurale prevăzute de noul Cod de procedură penală (*infra*, pct. 20) au fost respectate în cazul reclamantului. În special, completul format dintr-un judecător unic care l-a condamnat pe reclamant a fost prezent și în timpul dezbaterii cauzei. Prin urmare, modificările aduse completului format dintr-un judecător unic nu au adus atingere dreptului la apărare al reclamantului, inclusiv dreptului acestuia de a prezenta probe în fața unui judecător.

16. Curtea de apel a mai reținut că, în conformitate cu probele disponibile — și anume înscrisurile, declarațiile martorilor audiați de către organele de anchetă și instanțe, precum și raportul de expertiză financiară —, erau întrunite elementele constitutive ale infracțiunii de delapidare. În plus, instanța a considerat că erau, de asemenea, întrunite elementele constitutive ale infracțiunii de înșelăciune. În acest sens, instanța s-a bazat pe mărturiile lui L.B. (*supra*, pct. 8), coroborate cu concluziile raportului de expertiză financiară. În cele din urmă, curtea de apel a hotărât că erau întrunite elementele constitutive ale infracțiunii de fals în înscrisuri sub semnătură privată, pe baza repetatelor declarații ale reclamantului prin care a recunoscut că a săvârșit această infracțiune, a altor înscrisuri și a concluziilor raportului de expertiză grafologică, întocmit în cauză.

B. Condițiile de detenție

17. În scrisorile sale inițiale adresate Curții, reclamantul s-a plâns, în temeiul art. 3 din Convenție, de condițiile detenției sale, ulterioară datei de 1 iulie 2013, din Secția de Poliție 15 București, Centrul de reținere și arestare preventivă nr. 1, Penitenciarul Jilava și celulele din clădirea instanței de judecată, în care a fost cazat, inclusiv de faptul că fumătorii nu erau separați de nefumători. Acesta a făcut referire la: supraaglomerare, celulele mizerabile, detenția acestuia alături de fumători, deși el era nefumător, lumina insuficientă și instalațiile sanitare în care nu exista intimitate.

18. La 24 aprilie 2018, reclamantul a informat Curtea cu privire la faptul că dorea să își retragă capătul de cerere menționat anterior, întrucât pedeapsa acestuia cu închisoarea fusese redusă ca urmare a condițiilor neadecvate ale detenției sale, astfel cum prevedea legislația națională recent adoptată privind executarea pedepselor cu închisoarea.

II. Dreptul intern relevant

19. Dispozițiile relevante din vechiul Cod de procedură penală, referitoare la compunerea completurilor de judecată, în vigoare până la 31 ianuarie 2014, sunt prezentate în Cauza *Cutean împotriva României* (nr. 53.150/12, pct. 37, 2 decembrie 2014).

20. Art. 354 alin. (2) și (3) din noul Cod de procedură penală, în vigoare începând de la 1 februarie 2014, prevede că un complet de judecată trebuie să rămână același pe tot parcursul judecării cauzei. Când acest lucru nu este posibil, completul se poate schimba până la începerea dezbaterilor. După începerea dezbaterilor, orice schimbare intervenită în compunerea completului atrage reluarea dezbaterilor.

ÎN DREPT

I. Cu privire la pretinsa încălcare a art. 3 din Convenție

21. Reclamantul s-a plâns de condițiile detenției sale, ulterioară datei de 1 iulie 2013, din Secția de Poliție 15 București, Centrul de reținere și arestare preventivă nr. 1, Penitenciarul Jilava și celulele din clădirea instanței de judecată, în care a fost cazat, inclusiv de faptul că fumătorii nu erau separați de nefumători. El a invocat art. 3 din Convenție, care se citește după cum urmează:

„Nimeni nu poate fi supus torturii, nici pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.”

22. Curtea observă că reclamantul a informat-o cu privire la faptul că nu dorește să mai mențină acest capăt de cerere (*supra*, pct. 18). Prin urmare, trebuie să analizeze dacă poate să radieze de pe rol această parte a cererii reclamantului, în conformitate cu art. 37 § 1 din Convenție, ale cărui dispoziții relevante se citesc după cum urmează:

„1. În orice stadiu al procedurii, Curtea poate hotărî radierea de pe rol a unei cereri atunci când circumstanțele permit să se tragă concluzia că:

a) reclamantul nu dorește să o mai mențină;

[...]

Totuși Curtea continuă examinarea cererii dacă respectarea drepturilor omului garantate prin Convenție și prin protocoalele sale o cere.”

23. Având în vedere declarația explicită a reclamantului, Curtea consideră că a fost stabilită fără echivoc intenția lui de a renunța la acest capăt de cerere [a se vedea, *mutatis mutandis*, *Berlusconi împotriva Italiei* (MC) (dec.), nr. 58.428/13, pct. 65, 27 noiembrie 2018]. În temeiul art. 37 § 1 lit. a) din Convenție, Curtea concluzionează că reclamantul nu dorește să mențină acest capăt de cerere.

24. Ținând seama de principiile stabilite în jurisprudența sa (a se vedea hotărârea în Cauza *Berlusconi*, citată anterior, pct. 68), faptele cauzei, în special reducerea pedepsei reclamantului (*supra*, pct. 18), precum și dorința fără echivoc a acestuia de a renunța la acest capăt de cerere, Curtea concluzionează că nu există circumstanțe speciale, legate de respectarea drepturilor omului, care să îi impună să continue examinarea acestui capăt de cerere al reclamantului, în conformitate cu art. 37 § 1 *in fine*.

25. În consecință, este adecvat să radieze cererea de pe rolul său în ceea ce privește capătul de cerere formulat de reclamant în temeiul art. 3 din Convenție, cu privire la condițiile detenției sale, ulterioară datei de 1 iulie 2013, din Secția de Poliție 15 București, Centrul de reținere și arestare preventivă nr. 1, Penitenciarul Jilava și celulele din clădirea instanței de judecată, în care a fost ținut.

II. Cu privire la pretinsa încălcare a art. 6 din Convenție

26. Reclamantul s-a plâns că procesul penal împotriva sa nu a fost echitabil, în măsura în care nici el și nici martorii nu au fost audiați în mod direct de către judecătorul care l-a condamnat sau de judecătorii care au menținut hotărârea de condamnare. Acesta a invocat art. 6 din Convenție, ale cărui dispoziții relevante se citesc după cum urmează:

„1. Orice persoană are dreptul la judecarea în mod echitabil [...] a cauzei sale, de către o instanță [...], care va hotărî [...] asupra temeiniciei oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa.

[...]

3. Orice acuzat are, în special, dreptul:

[...]

d) să întrebe sau să solicite audierea martorilor acuzării și să obțină citarea și audierea martorilor apărării în aceleași condiții ca și martorii acuzării; [...]

A. Cu privire la admisibilitate

27. Curtea constată că acest capăt de cerere nu este în mod vădit nefondat în sensul art. 35 § 3 lit. a) din Convenție. Constată, de asemenea, că nu prezintă niciun alt motiv de inadmisibilitate. Prin urmare, este necesar să fie declarat admisibil.

B. Cu privire la fond

1. Argumentele părților

28. Reclamantul a susținut că instanța de apel nu a remediat deficiențele din cadrul procedurii derulate în primă instanță. Aceasta i-a respins cererile sale repetate de audiere a martorilor și a limitat capacitatea sa de a face declarații, împiedicându-l să reitereze sau să clarifice declarațiile sale anterioare.

29. Guvernul a recunoscut că declarațiile martorilor citați de către instanțele naționale în cauza reclamantului au constituit elemente importante pentru a justifica condamnarea acestuia. Cu toate acestea, declarațiile martorilor nu au fost singurele elemente care au stat la baza condamnării reclamantului. Prima instanță a acordat, de asemenea, o importanță deosebită raportului de expertiză întocmit în cauză și declarației expertului în fața instanței. Judecătorul F.M.P. a admis obiecțiile reclamantului cu privire la raportul de expertiză și l-a ascultat pe expert în mod nemijlocit (*supra*, pct. 10). De asemenea, reclamantul a fost condamnat pentru săvârșirea infracțiunii de fals în înscrisuri sub semnătură privată pe baza unui raport tehnic și a propriilor declarații.

30. Instanța de apel a remediat parțial deficiențele din cadrul procedurii în primă instanță, prin audierea reclamantului (*supra*, pct. 13). În plus, în ceea ce privește condamnarea reclamantului, asemenea instanței inferioare, instanța de apel nu s-a bazat exclusiv pe declarațiile martorilor. De asemenea, aceasta s-a întemeiat pe propriile declarații ale inculpatului și pe înscrisurile aflate la dosar.

2. Evaluarea Curții

31. Curtea reiterează principiile generale stabilite în jurisprudența sa cu privire la circumstanțele în care instanțele au pronunțat o hotărâre de condamnare fără să fi audiat nemijlocit martorii și inculpatul (a se vedea, printre altele, *Cutean împotriva României*, nr. 53.150/12, pct. 60—61, 2 decembrie 2014).

32. În speță, Curtea observă că Guvernul nu contestă faptul că alcătuirea completului de judecată al judecătoriei s-a schimbat pe parcursul procesului în primă instanță împotriva reclamantului (*supra*, pct. 9). În plus, judecătorul care l-a condamnat pe reclamant l-a audiat doar pe expertul financiar care întocmise raportul de expertiză financiară în cauză (*supra*, pct. 10), și nu a audiat în mod nemijlocit nici reclamantul, nici martorii.

33. Curtea observă că O.R.N., judecătorul care a fost implicat inițial în proces și care a audiat reclamantul și pe martorii pe fond (*supra*, pct. 8), nu a rămas să continue examinarea cauzei [a se vedea, *mutatis mutandis*, *Cutean*, citată anterior, pct. 64; a se face comparația și deosebirea cu *P.K. împotriva Finlandei* (dec.), nr. 37.442/97, 9 iulie 2002, și cu *Beraru împotriva României*, nr. 40.107/04, pct. 66, 18 martie 2014].

34. În plus, Curtea observă că, deși condamnarea reclamantului nu s-a bazat exclusiv pe declarațiile martorilor sau pe propria sa declarație, Guvernul a recunoscut că probele menționate au jucat un rol important în justificarea condamnării acestuia (*supra*, pct. 29). În plus, F.M.P., judecătorul unic care l-a condamnat pe reclamant, a respins cererile acestuia de a-i audia nemijlocit pe cei trei martori și de a-i permite reclamantului să dea un supliment de declarație (*supra*, pct. 10).

35. Este adevărat că reclamantul nu i-a solicitat judecătorului sus-menționat să îi asculte în mod direct pe toți martorii din dosar și că este posibil ca acesta să fi făcut doar o scurtă mențiune cu privire la motivele pentru care audierea acestor trei martori și acordarea unui supliment de declarație ar fi putut fi relevante pentru cauza sa. Este adevărat, de asemenea, că

judecătorul a examinat cererile reclamantului și le-a respins, motivându-și decizia (*supra*, pct. 10). Cu toate acestea, având în vedere importanța acordată de instanțe declarațiilor martorilor și declarațiilor reclamantului în ceea ce privește justificarea hotărârii de condamnare, precum și faptul că judecătorul de la instanța de fond a avut sarcina de a realiza o evaluare a elementelor constitutive ale pretinselor infracțiuni, inclusiv intenția reclamantului de a le săvârși, Curtea consideră că ascultarea directă a reclamantului și a martorilor era relevantă în circumstanțele cauzei.

36. Curtea observă că reclamantul nu a contestat faptul că judecătorul din compunerea completului primei instanțe și care l-a condamnat era același judecător care audiase dezbaterile pe fondul cauzei. În plus, se pare că același judecător a ascultat argumentele reclamantului în timpul dezbaterilor pe fondul cauzei și a examinat argumentele prezentate de reclamant în fața instanței de fond, anterior pronunțării hotărârii. Deși, din probele disponibile, nu reiese clar dacă reclamantului i s-a permis să aibă ultimul cuvânt în fața primei instanțe, se pare că i s-a oferit ocazia de a prezenta argumente precise în apărarea sa, bazate pe toate probele disponibile la dosar (*supra*, pct. 10).

37. Cu toate acestea, Curtea reiterează că, deși dreptul inculpatului de a avea ultimul cuvânt și de a depune memoriile și observații scrise în cursul dezbaterilor și înainte de pronunțarea hotărârii privind fondul cauzei este cu siguranță important, acesta nu poate fi asimilat dreptului de a fi ascultat în cursul procesului (a se vedea, printre altele, *Cutean*, citată anterior, pct. 69, cu trimiterile suplimentare).

38. Curtea observă că nu există probe la dosar care să sugereze că a fost schimbată compunerea completului instanței de fond pentru a influența rezultatul procesului în defavoarea reclamantului sau din alte motive necorespunzătoare ori că judecătorul unic din completul judecătoriei nu a fost independent sau imparțial. De asemenea, Curtea observă că părțile nu contestă faptul că judecătorul a avut la dispoziție transcrierile ședințelor de judecată în cadrul cărora au fost audiați martorii și reclamantul. Cu toate acestea, Curtea evidențiază că s-a stabilit deja faptul că declarațiile reclamantului și ale martorilor constituiau probe importante pentru condamnarea lui și că acestea erau relevante pentru a stabili existența unor elemente subiective ale infracțiunilor, inclusiv, printre altele, intenția reclamantului de a le săvârși (*supra*, pct. 35). În consecință, Curtea consideră că simpla disponibilitate a transcrierilor declarațiilor nu poate compensa neîndeplinirea cerinței nemijlocirii în cadrul procesului (a se vedea, *mutatis mutandis*, *Cutean*, citată anterior, pct. 70).

39. Curtea observă că reclamantul s-a plâns în fața instanței de apel cu privire la faptul că judecătorul unic din completul primei instanțe nu i-a audiat direct pe el și pe martori. În această privință, Curtea reiterează că, în anumite circumstanțe, este posibil ca o instanță superioară sau instanța supremă să remedieze deficiențele procedurii în primă instanță (a se vedea *Beraru*, citată anterior, pct. 67).

40. În acest sens, Curtea observă că judecătorii din completul curții de apel, care a menținut hotărârea de condamnare a reclamantului în ultimă instanță, l-au ascultat pe acesta în mod direct pe fondul cauzei, înainte de a proceda la examinarea apelului său. Curtea subliniază, de asemenea, că reclamantul a semnat declarația dată în fața completului respectiv și a certificat faptul că a citit-o și că era de acord cu conținutul acesteia (*supra*, pct. 13). În consecință, Curtea consideră că nu există niciun motiv pentru a susține argumentul reclamantului potrivit căruia instanța de apel nu a remediat deficiențele din cadrul procedurii în primă instanță (*supra*, pct. 28) în ceea ce privește audierea inculpatului.

41. Cu toate acestea, Curtea observă că judecătorii curții de apel au respins plângerea formulată de reclamant cu privire la

faptul că judecătorul unic al primei instanțe nu a audiat în mod direct martorii din dosar, precum și cererile sale motivate de a obține audierea directă de către instanța de apel cel puțin a unora dintre martori. Instanța de apel a reținut, în principal, că reclamantul a avut ocazia de a se apăra, prin prezentarea de probe în fața judecătorului unic al primei instanțe, și că neascultarea directă a martorilor a fost compensată de prezența la dosar, printre altele, a altor probe testimoniale (*supra*, pct. 14 și 15).

42. În această privință, Curtea observă că F.M.P., judecătorul unic din completul primei instanțe care l-a condamnat pe reclamant, l-a audiat doar pe expertul financiar în cauză și a respins cererea reclamantului de a obține adăugarea la dosar a unor probe testimoniale (*supra*, pct. 10 și 34). De asemenea, niciuna dintre celelalte probe testimoniale nu a fost prezentată direct în fața judecătorului care l-a condamnat pe reclamant în primă instanță sau a judecătorilor care au menținut condamnarea acestuia. În consecință, Curtea nu este convinsă de argumentele curții de apel, conform cărora dreptul reclamantului la apărare nu a fost afectat de faptul că nici judecătorul care l-a condamnat în primă instanță, nici judecătorii care au menținut condamnarea acestuia nu au ascultat nemijlocit numeroșii martori în cauză, ale căror mărturii au jucat un rol important în condamnarea acestuia.

43. În aceste circumstanțe, Curtea consideră că schimbarea componenței completului instanței de fond și faptul că, ulterior, instanța de apel nu a ascultat direct martorii echivalează cu privarea reclamantului de dreptul la un proces echitabil (a se vedea, *mutatis mutandis*, *Cutean*, citată anterior, pct. 72).

44. Prin urmare, a fost încălcat art. 6 din Convenție.

III. Cu privire la aplicarea art. 41 din Convenție

45. Art. 41 din Convenție prevede:

„În cazul în care Curtea declară că a avut loc o încălcare a Convenției sau a protocoalelor sale și dacă dreptul intern al înaltei părți contractante nu permite decât o înlăturare incompletă a consecințelor acestei încălcări, Curtea acordă părții lezate, dacă este cazul, o reparație echitabilă.”

A. Prejudiciu

46. Reclamantul a solicitat suma de 6.000 euro (EUR) cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul moral suferit ca urmare a încălcării drepturilor sale protejate de art. 3 din Convenție. De asemenea, reclamantul a solicitat aceeași sumă cu titlu de

despăgubire pentru prejudiciul moral suferit ca urmare a încălcării drepturilor sale protejate de art. 6 din Convenție.

47. Guvernul nu a ridicat obiecții în ceea ce privește acordarea sumei solicitate de reclamant cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul moral suferit ca urmare a încălcării drepturilor sale protejate de art. 3 din Convenție. Totuși, a susținut că suma solicitată de reclamant în ceea ce privește pretinsa încălcare a drepturilor sale protejate de art. 6 din Convenție este excesivă.

48. De asemenea, Curtea subliniază că, în cazul în care, precum în speță, o persoană a fost victima unui proces derulat cu încălcarea cerințelor prevăzute la art. 6 din Convenție, un nou proces sau redeschiderea procedurii, la solicitarea persoanei interesate, reprezintă, în principiu, o modalitate adecvată de reparare a încălcării (a se vedea *Gençel împotriva Turciei*, nr. 53.431/99, pct. 27, 23 octombrie 2003). În această privință, Curtea observă că, dacă dorește, reclamantul poate solicita redeschiderea procesului în temeiul art. 465 din Codul de procedură penală (a se vedea *Mischie împotriva României*, nr. 50.224/07, pct. 50, 16 septembrie 2014). Cu toate acestea, Curtea consideră că reclamantul a suferit un prejudiciu moral ca urmare a încălcării drepturilor sale protejate de art. 6 din Convenție, prejudiciu care nu poate fi reparat prin simpla constatare a unei încălcări sau prin redeschiderea procesului (a se vedea, *mutatis mutandis*, *Siegle împotriva României*, nr. 23.456/04, pct. 47—48, 16 aprilie 2013). Având în vedere dorința reclamantului de a renunța la judecarea capătului de cerere formulat în temeiul art. 3 (*supra*, pct. 18) și pronunțându-se în echitate, Curtea acordă reclamantului suma de 4.000 EUR cu titlu de despăgubire pentru prejudiciul moral, plus orice sumă ce poate fi datorată cu titlu de impozit pentru aceasta.

B. Cheltuieli de judecată

49. Reclamantul nu a formulat o cerere pentru rambursarea cheltuielilor de judecată, cu excepția cererii de a beneficia de asistență judiciară (*supra*, pct. 2). În consecință, Curtea nu acordă nicio sumă cu acest titlu.

C. Dobânzi moratorii

50. Curtea consideră necesar ca rata dobânzilor moratorii să se întemeieze pe rata dobânzii facilității de împrumut marginal, practică de Banca Centrală Europeană, majorată cu trei puncte procentuale.

PENTRU ACESTE MOTIVE,

În unanimitate,

CURTEA:

- decide radierea de pe rol, în conformitate cu art. 37 § 1 lit. a) din Convenție, a capătului de cerere formulat de reclamant în temeiul art. 3 din Convenție;
 - declară admisibil capătul de cerere formulat de reclamant în temeiul art. 6 din Convenție;
 - hotărăște că a fost încălcat art. 6 din Convenție;
 - hotărăște:
 - că statul pârât trebuie să plătească reclamantului, în termen de trei luni, suma de 4.000 EUR (patru mii euro), plus orice sumă ce poate fi datorată cu titlu de impozit, pentru prejudiciul moral, sumă care trebuie convertită în moneda națională a statului pârât la rata de schimb aplicabilă la data plății
 - că, de la expirarea termenului menționat și până la efectuarea plății, această sumă trebuie majorată cu o dobândă simplă, la o rată egală cu rata dobânzii facilității de împrumut marginal practică de Banca Centrală Europeană, aplicabilă pe parcursul acestei perioade și majorată cu trei puncte procentuale;
 - respinge restul cererii reclamantului de acordare a unei reparații echitabile.
- Redactată în limba engleză, apoi comunicată în scris, la 24 septembrie 2019, în temeiul art. 77 § 2 și 3 din Regulamentul Curții.

PREȘEDINTE
FARIS VEHAHOVIĆ

Grefier adjunct,
Andrea Tamietti

RECTIFICĂRI

La Decretul nr. 1.047/2019 privind eliberarea din funcție a unui procuror, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 989 din 9 decembrie 2019, se face următoarea rectificare:

— în articolul unic, în loc de: „La data de 15 decembrie 2019, doamna Carmen Vișan, procuror la Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție, delegată în funcția de procuror șef al Serviciului resurse umane, perfecționare profesională și documentare din cadrul Direcției Naționale Anticorupție, se eliberează din funcție ca urmare a pensionării.” se va citi: „La data de 15 decembrie 2019, doamna Carmen Vișan, procuror la Direcția Națională Anticorupție, delegată în funcția de procuror șef al Serviciului resurse umane, perfecționare profesională și documentare din cadrul Direcției Naționale Anticorupție, se eliberează din funcție ca urmare a pensionării.”

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.73, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948493 229575