



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 185 (XXIX) — Nr. 216

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 29 martie 2017

SUMAR

Nr.	Pagina	Nr.	Pagina
DECRETE			
338.	— Decret privind retragerea unei decorații	2	
DECIZII ALE PRIM-MINISTRULUI			
312.	— Decizie privind numirea doamnei Mădălina Geană în funcția de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul aparatului propriu de lucru al prim-ministrului	2	
313.	— Decizie privind numirea domnului Florian-Vasile Gomi în funcția de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul aparatului propriu de lucru al prim-ministrului	3	
314.	— Decizie privind eliberarea doamnei Otilia Sava din funcția de secretar de stat pentru relația cu Parlamentul, informare publică și creșterea calității vieții personalului, la Ministerul Apărării Naționale	3	
315.	— Decizie privind numirea domnului Nicolae Nasta în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru relația cu Parlamentul și informare publică din cadrul Ministerului Apărării Naționale	4	
316.	— Decizie privind numirea domnului Florin Lazăr Vlădică în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru armamente din cadrul Ministerului Apărării Naționale	4	
317.	— Decizie privind încetarea exercitării, cu caracter temporar, de către domnul Robert Berezovski a funcției publice vacante din categoria înalților funcționari publici de secretar general al Ministerului Educației Naționale	5	
318.	— Decizie privind exercitarea, cu caracter temporar, de către domnul Dănuț Ghican a funcției publice vacante din categoria înalților funcționari publici de secretar general al Ministerului Educației Naționale	5	
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE			
362/183.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind		
		aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017	6
		365/181.— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi	7
		369. — Ordin al ministrului sănătății pentru modificarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 703 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății referitoare la medicamentele utilizate pentru rezolvarea unor nevoi speciale, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 85/2013	8
ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE			
		182. — Ordin privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea	8–15
ACTE ALE AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI			
		17. — Ordin pentru modificarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 145/2014 privind implementarea sistemelor de măsurare inteligentă a energiei electrice	16

DECRETE

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI

DECRET

privind retragerea unei decorații

În temeiul prevederilor art. 94 lit. a) și ale art. 100 din Constituția României, republicată, ale art. 51 lit. a) din Legea nr. 29/2000 privind sistemul național de decorații al României, republicată, precum și ale art. 17 lit. a) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 11/1998 pentru reinstituirea Ordinului național *Steaua României*, republicată, cu modificările ulterioare, având în vedere Decizia penală nr. 1.758 din 23 noiembrie 2016 a Curții de Apel București,

Președintele României d e c r e t e a z ă:

Articol unic. — Se retrage Ordinul național *Steaua României* în grad de *Cavaler*, acordat prin Decretul nr. 554 din 1 decembrie 2000, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 666 din 16 decembrie 2000, domnului Necolaiciuc Mihai.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
KLAUS-WERNER IOHANNIS

În temeiul art. 100 alin. (2) din
Constituția României, republicată,
contrasemnăm acest decret.

PRIM-MINISTRU
SORIN MIHAI GRINDEANU

București, 28 martie 2017.
Nr. 338.

DECIZII ALE PRIM-MINISTRULUI

GUVERNUL ROMÂNIEI
PRIM-MINISTRUL

DECIZIE

privind numirea doamnei Mădălina Geană în funcția de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul aparaturii proprii de lucru al prim-ministrului

Având în vedere prevederile art. 1 alin. (1) lit. a) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2007 privind stabilirea unor măsuri pentru reorganizarea aparatului de lucru al Guvernului, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 99/2008, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 15 lit. c), art. 19 și al art. 21 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentei decizii, doamna Mădălina Geană se numește în funcția de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul aparatului propriu de lucru al prim-ministrului.

PRIM-MINISTRU
SORIN MIHAI GRINDEANU

Contrasemnează:
Secretarul general al Guvernului,
Mihai Busuioc

București, 29 martie 2017.
Nr. 312.

GUVERNUL ROMÂNIEI**PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind numirea domnului Florian-Vasile Gomi în funcția
de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul
aparaturii proprii de lucru al prim-ministrului**

Având în vedere prevederile art. 1 alin. (1) lit. a) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2007 privind stabilirea unor măsuri pentru reorganizarea aparatului de lucru al Guvernului, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 99/2008, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 15 lit. c), art. 19 și al art. 21 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentei decizii, domnul Florian-Vasile Gomi se numește în funcția de consilier la cabinet consilier de stat în cadrul aparatului propriu de lucru al prim-ministrului.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANUContrasemnează:Secretarul general al Guvernului,
Mihai BusuiocBucurești, 29 martie 2017.
Nr. 313.**GUVERNUL ROMÂNIEI****PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind eliberarea doamnei Otilia Sava din funcția
de secretar de stat pentru relația cu Parlamentul,
informare publică și creșterea calității vieții personalului,
la Ministerul Apărării Naționale**

Având în vedere Adresa Ministerului Apărării Naționale nr. 2.389 din 29 martie 2017,

în temeiul art. 15 lit. d) și al art. 19 din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 11 și art. 32 alin. (4) din Legea nr. 346/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Apărării Naționale, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — La data intrării în vigoare a prezentei decizii, doamna Otilia Sava se eliberează din funcția de secretar de stat pentru relația cu Parlamentul, informare publică și creșterea calității vieții personalului, la Ministerul Apărării Naționale.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANUContrasemnează:Secretarul general al Guvernului,
Mihai BusuiocBucurești, 29 martie 2017.
Nr. 314.

GUVERNUL ROMÂNIEI**PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind numirea domnului Nicolae Nasta în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru relația cu Parlamentul și informare publică din cadrul Ministerului Apărării Naționale**

Având în vedere Adresa Ministerului Apărării Naționale nr. 2.389 din 29 martie 2017, prin care se propune numirea domnului Nicolae Nasta în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru relația cu Parlamentul și informare publică din cadrul Ministerului Apărării Naționale,

în temeiul art. 15 lit. d) și al art. 19 din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 11 și art. 32 alin. (4) din Legea nr. 346/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Apărării Naționale, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Art. 1. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentei decizii, domnul Nicolae Nasta se numește în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru relația cu Parlamentul și informare publică din cadrul Ministerului Apărării Naționale.

Art. 2. — La data prevăzută la art. 1, Decizia prim-ministrului nr. 291/2017 privind numirea domnului Nicolae Nasta în funcția de secretar de stat la Ministerul Apărării Naționale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 200 din 22 martie 2017, se abrogă.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANU

Contrasemnează:

Secretarul general al Guvernului,

Mihai Busuioc

București, 29 martie 2017.

Nr. 315.

GUVERNUL ROMÂNIEI**PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind numirea domnului Florin Lazăr Vlădică în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru armamente din cadrul Ministerului Apărării Naționale**

Având în vedere Adresa Ministerului Apărării Naționale nr. 2.390 din 29 martie 2017, prin care se propune numirea domnului Florin Lazăr Vlădică în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru armamente din cadrul Ministerului Apărării Naționale,

în temeiul art. 15 lit. d) și art. 19 din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 11 și art. 32 alin. (4) din Legea nr. 346/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Apărării Naționale, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentei decizii, domnul Florin Lazăr Vlădică se numește în funcția de secretar de stat și șef al Departamentului pentru armamente din cadrul Ministerului Apărării Naționale.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANU

Contrasemnează:

Secretarul general al Guvernului,

Mihai Busuioc

București, 29 martie 2017.

Nr. 316.

GUVERNUL ROMÂNIEI**PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind încetarea exercitării, cu caracter temporar,
de către domnul Robert Berezovski a funcției publice vacante
din categoria înalților funcționari publici de secretar general
al Ministerului Educației Naționale**

În temeiul art. 19 din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, al art. 19 alin. (1) lit. b) și al art. 92 alin. (11) din Legea nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — La data intrării în vigoare a prezentei decizii încetează exercitarea, cu caracter temporar, de către domnul Robert Berezovski a funcției publice vacante din categoria înalților funcționari publici de secretar general al Ministerului Educației Naționale.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANUContrasemnează:Secretarul general al Guvernului,
Mihai BusuiocBucurești, 29 martie 2017.
Nr. 317.**GUVERNUL ROMÂNIEI****PRIM-MINISTRUL****DECIZIE****privind exercitarea, cu caracter temporar,
de către domnul Dănuț Ghican a funcției publice vacante
din categoria înalților funcționari publici de secretar general
al Ministerului Educației Naționale**

Având în vedere propunerea formulată de Ministerul Educației Naționale prin Adresa înregistrată la Secretariatul General al Guvernului cu nr. 20/5.773/M.B. din 27 martie 2017, precum și Avizul favorabil nr. 16.566/2017 al Agenției Naționale a Funcționarilor Publici privind exercitarea, cu caracter temporar, de către domnul Dănuț Ghican a funcției publice vacante din categoria înalților funcționari publici de secretar general al Ministerului Educației Naționale,

în temeiul art. 19 din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, al art. 19 alin. (1) lit. b) și al art. 92 alin. (11) din Legea nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

prim-ministrul emite prezenta decizie.

Articol unic. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentei decizii, domnul Dănuț Ghican exercită, cu caracter temporar, funcția publică vacantă din categoria înalților funcționari publici de secretar general al Ministerului Educației Naționale.

PRIM-MINISTRU

SORIN MIHAI GRINDEANUContrasemnează:Secretarul general al Guvernului,
Mihai BusuiocBucurești, 29 martie 2017.
Nr. 318.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 362 din 27 martie 2017

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI
DE SĂNĂTATE
Nr. 183 din 22 martie 2017

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017

Având în vedere Referatul de aprobare nr. FB 2.758/2017 al Ministerului Sănătății și nr. DG 402 din 22 martie 2017 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 153 și 153 bis din 1 martie 2017, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 20, la capitolul I punctul 2, litera c se modifică și va avea următorul cuprins:

„c. Ecografia de vase — artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, nefrologie, medicină internă, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, chirurgie vasculară și chirurgie cardiovasculară;”.

2. În anexa nr. 38, la litera A, în subsolul tabelului de la punctul 12 se introduce o notă cu următorul cuprins:

„Notă: Medici curanți care fac recomandarea: chirurgie generală, chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă și oncologie medicală.”

Art. II. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017.

Ministrul sănătății,
Florian-Dorel Bodog

Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate,
Marian Burcea

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 365 din 28 martie 2017

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 181 din 23 martie 2017

ORDIN

pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi

Având în vedere Referatul de aprobare nr. FB 2.771 din 28 martie 2017 al Ministerului Sănătății și nr. DG 403 din 22 martie 2017 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul dispozițiilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 2 lit. a)—d) și art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 14 din 9 ianuarie 2007, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. La articolul 3, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(6) Se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare în următoarele secții din nomenclatorul de secții spitalicești în vigoare: Boli profesionale (1041); Cronici (1061); Îngrijiri paliative (1061_PAL); Geriatrie și gerontologie (1121); Medicina muncii (1181); Neonatologie (prematuri) (1222); Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul III (1222.2); Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternități de gradul II (1222.1); Pediatrie (recuperare pediatică) (1272); Pediatrie cronici (1282); Pneumoftiziologie (1301); Pneumoftiziologie pediatică (1302); Psihiatrie cronici (1333.2); Psihiatrie cronici (lungă durată) (1333.1); Recuperare, medicină fizică și balneologie (1371); Recuperare, medicină fizică și balneologie copii (1372); Recuperare medicală — cardiovasculară (1383); Recuperare medicală neurologie (1393); Recuperare medicală (1393_REC); Recuperare medicală — ortopedie și traumatologie (1403); Recuperare medicală — respiratorie (1413); Recuperare neuropsihomotorie (1423); Secții sanatoriale (1473).”

2. În anexa nr. 4, nota 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Notă 1

privind criteriile de internare prevăzute în Hotărârea Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare

Criterii de internare	Cod
urgente medico-chirurgicale, ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme	1*)
diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu.	2**)
epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare în condițiile stabilite în norme	3**)

*) Criteriul de internare «cod 1» se completează numai în cazul în care pacientul beneficiază de serviciile prevăzute la pozițiile 92, 93, 100 și 101 din lista prevăzută la capitolul I lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului

sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății.

**) Criteriul de internare «cod 3» se completează numai în cazul în care pacientul este neasigurat și beneficiază de serviciile prevăzute la pozițiile 3 și 4 din lista prevăzută la capitolul I lit. B pct. B.3.1 și poziția 62 din lista de la punctul B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 care se acordă în structuri de spitalizare de zi aprobate/avizate de Ministerul Sănătății. În cazul în care serviciile prevăzute la pozițiile 3 și 4 din lista prevăzută la capitolul I lit. B pct. B.3.1 și poziția 62 din lista de la punctul B.3.2 sunt acordate asiguraților se completează «cod 2».

3. În tot cuprinsul actului normativ, sintagma „Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017” se înlocuiește cu sintagma „Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017”.

4. În tot cuprinsul actului normativ, sintagma „Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 763/377/2016” se înlocuiește cu sintagma „Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017”.

Art. II. — Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Florian-Dorel Bodog

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Marian Burcea

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN**pentru modificarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 703 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății referitoare la medicamentele utilizate pentru rezolvarea unor nevoi speciale, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 85/2013**

Văzând Referatul de aprobare al Direcției politica medicamentului și a dispozitivelor medicale nr. F.B. 2.811 din 28 martie 2017, în baza prevederilor art. 703 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. I. — Normele de aplicare a prevederilor art. 703 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății referitoare la medicamentele utilizate pentru rezolvarea unor nevoi speciale, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 85/2013, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I,

nr. 93 din 14 februarie 2013, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Articolele 19—25, 27—30 și 33 se abrogă.

2. Anexele nr. 5 și 6 se abrogă.

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

Ministrul sănătății,
Florian-Dorel Bodog

București, 28 martie 2017.
Nr. 369.

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN**privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea**

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale nr. DRC 151 din 22 martie 2017 și al Direcției generale medic șef din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. MSSM 949 din 22 martie 2017, în temeiul dispozițiilor:

— art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

— art. 96 alin. (1) lit. a), b) și g) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, cu modificările și completările ulterioare;

— Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017;

— Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă regulile de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din

punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, prevăzute în anexele nr. 1, 2 și 3, și se aplică pentru cazurile externate, pe perioada de valabilitate a reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru

aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. — (1) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea continuă (SMDPC), aferent pacienților externati, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(2) Spitalele vor raporta în format electronic setul minim de date la nivel de pacient în spitalizarea de zi (SMDPZ), aferent cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate în luna respectivă, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare, până la data de 4 a lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

(3) Trimestrial, în perioada 14—18 a lunii următoare trimestrului încheiat, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cazurile/serviciile neraportate din lunile anterioare. În perioada 10—14 decembrie, spitalele vor transmite în format electronic cazurile/serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cazurile neraportate până la data de 30 noiembrie. Cazurile/Serviciile neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea, precum și cele neraportate până la sfârșitul anului pot fi raportate în perioada 14—18 ianuarie a anului următor. Raportările se vor realiza conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Lunar, până la data de 7, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(5) Trimestrial, până la data de 21 a lunii următoare trimestrului încheiat, iar pentru trimestrul IV până la data de 16 decembrie, respectiv până la data de 21 ianuarie a anului următor, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(6) Lunar, respectiv trimestrial, SNSPMPDSB va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele/informațiile cu detalierea cauzelor de neconfirmare pentru fiecare caz, în conformitate cu legislația în vigoare și cu regulile prevăzute în anexele nr. 1 și 2, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Metodologia de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea este prevăzută în anexa nr. 3.

(7) Pentru decontarea activității lunare, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale — formulare unice pe țară, fără regim special.

(8) Pentru decontarea activității trimestriale, spitalele vor utiliza, după caz, desfășurătoarele prevăzute în ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale — formulare unice pe țară, fără regim special.

Art. 3. — Pentru cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și care au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului în condițiile art. 92 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, se va întocmi și se va raporta doar fișa de spitalizare de zi.

Art. 4. — Direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate, spitalele, precum și SNSPMPDSB vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 5. — Prevederile prezentului ordin se aplică pentru toate cazurile care au data externării, data închiderii fișei, respectiv pentru toate serviciile furnizate în regim de spitalizare de zi, începând cu luna aprilie 2017.

Art. 6. — Anexele nr. 1—3 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 7. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017.

Art. 8. — Începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 412/2016 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 566 din 26 iulie 2016, cu completările ulterioare.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Marian Burcea

București, 22 martie 2017.
Nr. 182.

ANEXA Nr. 1

REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale următoarele cazuri:

1. A01 Cazuri ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor

date obligatorii sau neconcordanța cu nomenclatoarele în vigoare). Sub incidența acestei reguli intră și foile care nu respectă criteriul de număr unic de foaie pe spital și an, deoarece numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient (Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale

de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare).

2. A02 Cazuri raportate pe secții în care nu se întocmește foaia de observație clinică generală, denumită în continuare FOCG (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice, structuri de urgență etc.)

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, FOCG se întocmește doar pentru pacienții spitalizați în secții clinice medicale sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI).

3. A03 Cazuri cu data intervenției chirurgicale principale în afara intervalului de spitalizare

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării, data intervenției chirurgicale principale.

4. A04 Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între tipul externării și starea la externare

Motiv: Pentru cazurile decedate, informația privind decesul este cuprinsă atât în rubrica „Tip externare”, cât și în rubrica „Stare la externare”. În situația în care cele două informații nu concordă, este vorba despre o eroare în cel puțin una dintre rubrici.

5. A05 Cazuri cu vârsta negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data internării.

6. A06 Cazuri cu durata de spitalizare negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data internării, data externării.

7. A07 Cazuri concomitente

Motiv: Aceste cazuri reprezintă episoade de spitalizare pentru același pacient, care se suprapun în timp.

8. A08 Cazuri neclasificabile

Motiv: Aceste cazuri au erori pe datele care influențează clasificarea lor.

9. A14 Cazuri de transplant de organe și țesuturi, prevăzute în hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018.

Motiv: Conform legislației în vigoare, transplanturile sunt finanțate de către Ministerul Sănătății, cu excepția grefelor de piele și a serviciilor medicale aferente stării posttransplant. De asemenea, nu sunt finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate procedurile de prelevare de organe de la donatori decedați.

10. A15 Cazuri pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la intervenția chirurgicală principală

Excepții: Cazurile fără intervenție chirurgicală principală

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, informațiile privind intervenția chirurgicală principală — data, ora de început și de sfârșit a intervenției chirurgicale principale și codul de parafă al medicului operator — sunt incluse în setul minim de date la nivel de pacient, a cărui raportare este obligatorie.

11. B01 Cazuri cu vârsta peste 124 de ani

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba de o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data nașterii, data internării.

12. B02 Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba despre o eroare în cel puțin una dintre următoarele rubrici: data internării, data externării.

Excepții: Fac excepție cazurile raportate din secții finanțate pe bază de tarif pe zi de spitalizare și durată efectiv realizată.

13. B03 Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)

Excepții: Fac excepție de la această regulă cazurile de nou-născuți (cu vârsta între 0 și 28 de zile) și cazurile de cetățeni străini.

Motiv: Conform prevederilor legale, furnizorii de servicii medicale trebuie să înregistreze codul numeric personal al asiguraților.

14. B04 Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un interval de o zi în același tip de îngrijiri

Motiv: Aceste cazuri sunt considerate ca un episod de spitalizare unic.

Excepții: Fac excepție cazurile care sunt transferate/reinternate în același spital, dar între/în secții cu tip de îngrijiri diferit (din secții cu îngrijiri de tip acut în secții cu îngrijiri de tip cronic/de recuperare sau invers).

Explicații: Specificarea secțiilor unde se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic, reglementată de Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

15. B05 Cazuri pentru care niciuna dintre intervențiile chirurgicale efectuate nu este în concordanță cu diagnosticul principal

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel, cel puțin una dintre următoarele informații este eronată: diagnosticul principal, procedurile efectuate.

16. B06 Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93020 (Diagnostiche principale inacceptabile).

17. B07 Cazuri cu diagnostic neonatal neconcordanț cu vârsta/greutatea

Motiv: Diagnosticul principal contravine regulilor de codificare.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile clasificate în DRG 93030 (Diagnostiche neonatale neconcordanțe cu vârsta/greutatea).

18. B08 Cazuri internate și externate în aceeași zi

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba despre o eroare de înregistrare a datei de internare și/sau de externare ori despre un caz cu posibilitate de rezolvare în spitalizare de zi.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi.

19. B09 Cazuri clasificate în DRG A1040 (traheostomie sau ventilație > 95 ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 ore, pentru care durata totală de spitalizare este mai mică de 96 de ore.

Motiv: În cele mai multe situații de acest fel este vorba despre o eroare de înregistrare a datei și orei de internare și/sau de externare sau despre o eroare în alegerea procedurii.

20. B10 Cazuri cu diagnostic principal de tipul agent infecțios (B95_ — B97_)

Motiv: Conform listei tabelare a diagnosticelor, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare, pentru precizare, drept coduri adiționale pentru un alt diagnostic principal.

21. B11 Cazuri cu diagnostic principal de tipul sechelă de AVC (I69_)

Motiv: Conform standardelor de codificare, aceste coduri sunt utilizate ca diagnostice secundare pentru diagnostice principale ce definesc concret tipul de sechelă a AVC.

22. B12 Cazuri clasificate în DRG A2021 și A2022, care au avut o intervenție chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubație.

Motiv: Conform standardelor de codificare, anestezia generală include și procedura de intubație.

23. B13 Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul dintre diagnosticele secundare de tipul gastroenterită.

Motiv: Conform standardelor de codificare, gastroenterita ar trebui codificată întotdeauna ca diagnostic principal, înaintea celui de deshidratare. Rehidratarea, care se efectuează oricum

pentru tratamentul acestui tip de afecțiuni, nu permite alocarea codului de deshidratare, acesta din urmă codificându-se numai când există documentare clinică și este menționat în mod expres de medicul curant.

24. B14 Cazuri aferente nou-născuților sau copiilor cu vârsta sub un an, pentru care codurile de diagnostic de tipul P07.1_ și P07.2_ alocate nu corespund cu greutatea la internare înregistrată.

Motiv: Cel puțin una dintre informațiile privind greutatea la internare sau diagnosticul este înregistrată eronat.

25. B15 Cazuri care au un diagnostic (principal sau secundar) de tipul neoplasm secundar, fără a avea codificat și neoplasmul primar.

Motiv: Conform standardelor de codificare, în momentul în care se codifică un neoplasm secundar este obligatorie și codificarea celui primar. În cazul în care neoplasmul primar nu a fost identificat, se va utiliza codul C80.

26. B16 Cazuri aferente corecțiilor estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 195 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

27. B17 Cazuri aferente serviciilor de fertilizare *in vitro*

Motiv: Aceste servicii nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform art. 195 alin. (1) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare.

28. B18 Cazuri cu conflict între sexul pacientului și diagnosticele sau procedurile înregistrate

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul pacientului, fie diagnosticele și procedurile codificate.

Excepții: De la această regulă fac excepție diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin.

29. B19 Cazuri pentru care s-a codificat procedura H16101 în absența oricărei altei intervenții chirurgicale.

Motiv: Denumirea acestei proceduri „Controlul hemostazei, postintervenție chirurgicală, neclasificată în altă parte” sugerează faptul că a existat o intervenție chirurgicală anterior. În situația în care intervenția chirurgicală a avut loc în alt episod de spitalizare și niciunul dintre codurile prevăzute la Standardul de codificare „Reintervenția” nu poate fi aplicat, cazul se poate reconfirma prin intermediul Comisiei de analiză.

30. B20 Cazuri cu diagnostic secundar R13 Disfagia

Motiv: Codul R13 face parte din categoria semne/simptome și nu ar trebui utilizat decât atunci când nu se poate stabili un diagnostic mai precis, la cazurile îndrumate spre altă unitate sanitară pentru investigații suplimentare sau care reprezintă probleme importante de îngrijire prin ele însele.

Excepții: De la această regulă fac excepție cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60 — I64 (boli cerebrovasculare), deoarece standardele de codificare prevăd condiții speciale în care R13 Disfagia poate fi alocat pentru a marca severitatea unui atac vascular cerebral.

31. B21 Cazuri cu diagnostic principal de tipul G47_, J96_ sau J98_ și procedură principală sau secundară de tip E0430_.

Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.

32. B22 Cazuri clasificate în DRG U3070, pentru pacienți care nu au fost internați/transferți într-o secție de psihiatrie, în respectivul episod de spitalizare.

Motiv: În cele mai multe cazuri este vorba despre selectarea eronată a diagnosticului principal.

ANEXA Nr. 2

REGULI DE CONFIRMARE CLINICĂ ȘI MEDICALĂ a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare de zi

Sunt neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale următoarele cazuri:

1. C01 Cazuri/Servicii ale căror date încalcă specificațiile tehnice ale setului minim de date la nivel de pacient

Explicații: Această regulă include și cazurile care încalcă criteriul „număr unic de foaie pe spital și an”, numărul unic de foaie pe spital și an face parte din specificațiile setului minim de date la nivel de pacient, conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Motiv: Aceste cazuri nu pot fi colectate în baza de date națională din cauza existenței unor erori (de exemplu, lipsa unor date obligatorii sau neconcordanță cu nomenclatoarele în vigoare).

2. C02 Cazuri/Servicii raportate din structuri în care nu se întocmește fișa de spitalizare de zi (de exemplu, cazurile care sunt raportate pe secțiile ATI, secții paraclinice etc.), cu excepția camerelor de gardă și UPU/CPU.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, foaia de spitalizare de zi se întocmește doar pentru pacienții din structurile autorizate/avizate în acest sens, din secții medicale

sau chirurgicale (cu excepția secțiilor ATI), iar pentru pacienții din camerele de gardă, UPU/CPU se întocmește fișă conform modelului prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

3. C03 Cazuri/Servicii cu data vizitei în afara intervalului pentru care se întocmește fișa de spitalizare de zi.

Explicații: Această regulă se aplică și pentru fișele pentru spitalizarea de zi (FSZ) raportate inițial corespunzător, dar pentru care ulterior spitalul a anulat toate vizitele.

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fișei, data închiderii fișei, data vizitei.

Algoritm: În cazul fișelor de spitalizare de zi care necesită închiderea în vederea raportării, conform legislației în vigoare, în situația în care data vizitei este în afara intervalului dintre data deschiderii și data închiderii fișei (sau informațiile similare acestora, pentru fișele de UPU/CPU/camerele de gardă), se respinge fișa de spitalizare de zi. În cazul vizitelor care pot fi raportate, conform legislației în vigoare, fără a fi necesară închiderea fișei, dacă data vizitei este mai mică decât data deschiderii, se respinge vizita respectivă.

4. C04 Cazuri/Servicii cu vârsta pacientului negativă

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data nașterii, data deschiderii fișei/data preluării pacientului.

5. C05 Cazuri/Servicii pentru care durata unei vizite este mai mare de 12 ore

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, spitalizarea de zi necesită supraveghere medicală maximum 12 ore/vizită.

Excepții: fișele întocmite în UPU/CPU/camerele de gardă, conform modelului prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.706/2007, cu modificările și completările ulterioare.

6. C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativă

Explicații: această regulă se aplică și pentru vizitele cu durată negativă.

Motiv: Cel puțin una dintre următoarele date este eronată: data deschiderii fișei, data închiderii fișei, data preluării pacientului, data predării pacientului.

7. C07 Fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz, în același spital, care se suprapun în timp

Motiv: Într-un spital nu se pot întocmi concomitent pentru un pacient fișe de spitalizare de zi pentru același serviciu/tip de caz. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listelor B.1, B.2 și B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, se aplică la nivel de interval între data deschiderii fișei și data închiderii fișei. Concomitența pentru spitalizarea de zi conform listei B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 se aplică la nivel de vizită.

8. C10 Cazuri rezolvate pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la tipul afecțiunii/diagnosticului, respectiv la procedura chirurgicală/procedura asociată

Excepții: Fișele de tip serviciu întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în lista B.3 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, cazurile rezolvate de tip medical (M) trebuie să aibă un diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, iar cazurile rezolvate de tip chirurgical (C) trebuie să aibă o procedură din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017.

Algoritm: Nu se confirmă cazurile de tip M care nu au specificat tipul afecțiunii medicale din lista B.1, respectiv pentru care nu există niciun diagnostic din lista B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 raportat pentru fișa respectivă. Nu se confirmă cazurile de tip C care nu au specificat tipul cazului rezolvat cu procedură chirurgicală din lista B.2, respectiv pentru care nu există nicio procedură din lista B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, raportată pentru fișa respectivă.

9. C11 Servicii pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la tipul acestora

Excepții: Fișele de tip caz rezolvat întocmite pentru serviciile medicale prevăzute în listele B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017.

Motiv: Conform reglementărilor în vigoare, pentru fișele de spitalizare de zi de tip serviciu (S), tipul acestuia trebuie să fie inclus în lista B.3.1/B.3.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, iar poziții distincte din aceste liste nu pot exista concomitent pe aceeași fișă/vizită.

Algoritm: Nu se confirmă foile de spitalizare de zi care conțin două sau mai multe servicii diferite din lista B3.2, pe aceeași vizită sau pe vizite diferite. Nu se confirmă vizitele cu serviciu B3.2 raportate pe o foaie de spitalizare de zi cu restul serviciilor de tip B3.1. Nu se confirmă vizitele care au și servicii B3.1, și servicii B3.2.

10. C14 Cazuri rezolvate/Servicii pentru care data deschiderii fișei de spitalizare de zi este aceeași cu data internării corespunzătoare unei foi de observație clinică generală pentru spitalizare continuă pentru același pacient în cadrul aceleiași spital

Motiv: Conform art. 90 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

Conform art. 5 alin. (4) din anexa nr. 23 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat (nonDRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în regim de spitalizare de zi. Serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical sunt considerate cazuri/servicii acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

11. C15 Cazuri rezolvate/Servicii raportate pentru perioada în care există deschisă o foaie de spitalizare continuă pentru același pacient în cadrul aceleiași spital

Algoritm: Conform legislației în vigoare nu se confirmă fișele de spitalizare de zi care trebuie închise în vederea raportării și pentru care există o perioadă cuprinsă între data deschiderii și data închiderii fișei (sau a informațiilor similare acestora, pentru fișele de UPU/CPU/camerele de gardă), în care pacientul respectiv a avut deschisă și o altă foaie de observație clinică generală de spitalizare continuă în același spital; în mod asemănător nu se confirmă vizitele raportate conform legislației în vigoare (fără ca fișa să fie închisă) și pentru care există o perioadă cuprinsă între data de început și data de sfârșit de vizită, în care

pacientul respectiv a avut deschisă și o altă foaie de observație clinică generală de spitalizare continuă în același spital.

12. C17 Fișe de tip serviciu raportate din camerele de gardă și din structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie

Motiv: În conformitate cu Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, serviciile furnizate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie nu se decontează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

13. C18 Vizite fără serviciu, ale foilor de observație de spitalizare de zi, întocmite pentru servicii din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017.

Motiv: Informația privind tipul serviciului este necesară pentru rambursarea acestuia.

Algoritm: În situația în care niciuna dintre vizite nu are completat serviciul, nu se confirmă întreaga foaie de spitalizare de zi.

14. C19 Fișe de tip serviciu raportate din camerele de gardă și din structurile de urgență pentru care nu s-a înregistrat corespunzător tipul serviciului

Motiv: Informația este necesară în scopul rambursării corecte a serviciilor contractate și efectuate.

Algoritm: Nu se confirmă foile raportate din structura „3013 Camera de gardă” pentru care s-a completat serviciul „Urgență

medico-chirurgicală în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face de la MS”. Nu se confirmă foile raportate din structurile „3023 Urgență — CPU”, „3033 Urgență — UPU”, „3043 Urgență — MU”, pentru care s-a completat serviciul „Urgență medico-chirurgicală în camerele de gardă”.

15. C21 Cazuri/Servicii cu conflict între sexul pacientului și diagnosticele sau procedurile înregistrate

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, fie în ceea ce privește sexul pacientului, fie diagnosticele și procedurile codificate.

Excepții: De la această regulă fac excepție diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin.

16. C.22 Cazuri/Servicii cu conflict între vârsta pacientului și tipul cazului/serviciului

Motiv: Aceste cazuri conțin erori la nivelul datelor înregistrate, în ceea ce privește datele înregistrate.

Algoritm: Se aplică pentru pozițiile 37 și 38 din lista B.1 și pentru poziția 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017. Vârsta se calculează în ani, ca diferență între data închiderii fișei și data nașterii pentru pozițiile 37 și 38 din lista B.1, respectiv între data închiderii vizitei și data nașterii pentru poziția 5 din lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017.

ANEXA Nr. 3

METODOLOGIE

de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea

CAPITOLUL I

Evaluarea cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic și medical de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) pentru care se solicită reconfirmarea, precum și a cazurilor pentru care casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, au constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate se realizează în cadrul unei comisii de analiză. Comisia de analiză este formată din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și reprezentanți ai spitalului, cu excepția medicului curant al cazului respectiv. Membrii comisiei de analiză vor fi desemnați în scris de către cele două instituții.

Spitalul este obligat să pună în aplicare deciziile comisiei de analiză.

CAPITOLUL II

SECȚIUNEA 1

Descrierea generală a procesului

Înregistrările electronice transmise de spitale către SNSPMPDSB sunt supuse procesului de confirmare în conformitate cu regulile de confirmare clinică și medicală a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi prevăzute în anexele nr. 1 și 2 la ordin. Înregistrările sunt returnate spitalelor de către casele de asigurări de sănătate, ulterior procesului de validare (fiecare înregistrare va avea bifă „validat/nevalidat”, precum și „confirmat/neconfirmat”).

Pentru cazurile neconfirmate se specifică și motivul. Pentru cazurile neconfirmate spitalele vor revedea datele care au determinat respingerea lor și vor putea retransmite cazurile respective către SNSPMPDSB, după ce le corectează și/sau cer aviz de reconfirmare din partea comisiei de analiză.

Avizul de reconfirmare se poate obține numai după evaluarea cazurilor respective de către comisia de analiză.

În situația în care comisia de analiză constată raportarea eronată, codificarea necorespunzătoare sau neconcordanța dintre foaia de observație clinică generală (FOCG) și înregistrarea electronică, va dispune efectuarea corecturilor necesare și retransmiterea cazurilor către SNSPMPDSB.

Retransmiterea cazurilor pentru reconfirmare se face doar cu ocazia regularizărilor trimestriale.

Trimestrial, SNSPMPDSB va informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate cu privire la cazurile reconfirmate, prin aviz de reconfirmare, precizând pentru fiecare caz următoarele: numărul FOCG, data internării, data externării, secția. Pe baza acestor informări, casele de asigurări de sănătate au obligația de a verifica dacă datele puse la dispoziție de SNSPMPDSB coincid cu informațiile din deciziile de confirmare ale comisiei de analiză. În cazul constatării unor neconcordanțe între cele două documente, casele de asigurări de sănătate vor anunța spitalul pentru ca acesta din urmă să modifice înregistrările respective în conformitate cu deciziile comisiei de analiză.

Nerespectarea reglementărilor privind datele clinice la nivel de pacient [neconcordanța dintre datele colectate electronic și datele din FOCG/fișa pentru spitalizarea de zi (FSZ), neconcordanța dintre datele înscrise în FOCG/FSZ și serviciile efectuate în realitate, codificări care nu respectă reglementările în vigoare și orice alte situații de acest fel], constatată în urma controalelor efectuate la spital de către casele de asigurări de sănătate, poate fi contestată de spital și se soluționează prin intermediul comisiei de analiză, convocată la inițiativa spitalului.

SECȚIUNEA a 2-a

Aspecte tehnice

2.1. Clasificarea regulilor de confirmare clinică și medicală

Regulile de confirmare sunt clasificate în două categorii, în funcție de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluare comisiei de analiză:

— prima categorie: grupa A și grupa C — reguli pentru care datele respective nu pot fi supuse evaluării;

— a doua categorie: grupa B — reguli pentru care datele respective pot fi supuse evaluării.

De exemplu:

— un caz cu vârsta negativă nu va fi confirmat, în conformitate cu regula A05, dar datele care au determinat respingerea (data nașterii și data internării) nu pot fi supuse evaluării de către comisia de analiză, ci trebuie verificate și corectate de spital;

— un caz pentru care nu a fost înregistrat CNP nu va fi confirmat, în conformitate cu regula B03, dar cauza respingerii (lipsa CNP) poate fi supusă evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru lipsa acestuia, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

— un caz neconfirmat pe regula B12 poate fi supus evaluării de către comisia de analiză și, în situația în care se constată că procedura de intubație s-a realizat anterior sau ulterior intervenției chirurgicale (nu este asociată anesteziei generale), pentru alte complicații ale cazului, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă;

— un caz cu vârsta negativă nu va fi confirmat, în conformitate cu regula C04, dar datele care au determinat respingerea (data nașterii și data deschiderii fișei) nu pot fi

supuse evaluării de către comisia de analiză, ci ele trebuie verificate și corectate de spital.

OBSERVAȚIE:

Avizul de reconfirmare se referă la caz, și nu la regulile de confirmare, ceea ce înseamnă că avizul de reconfirmare nu se poate da decât atunci când cazul este avizat pe toate regulile de tip B. Concret, dacă un caz este neconfirmat pe mai multe reguli de tip B, iar pe cel puțin una dintre aceste reguli cazul nu primește un aviz favorabil, acesta nu va fi avizat pentru reconfirmare și, implicit, el nu va mai fi retransmis către SNSPMPDSB.

2.2. Proceduri

Spitalul poate acționa după cum urmează:

a) Pentru cazurile neconfirmate la SNSPMPDSB

Intervenția spitalului asupra datelor cazurilor neconfirmate trebuie să țină cont de următoarele reguli:

— datele care vor fi corectate sunt cele care au încălcat regulile din grupa A sau din grupa C; în situația particulară a serviciilor cuprinse în lista B.3.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017, neconfirmarea pe reguli de tip C se referă la vizitele respective, și nu la întreaga fișă de spitalizare de zi;

— datele pentru care se poate cere avizul casei de asigurări de sănătate în vederea reconfirmării sunt cele care au încălcat regulile din grupa B. Cererea avizului de reconfirmare presupune ca datele respective să nu fie modificate.

Deoarece un caz neconfirmat poate avea date incorecte care trebuie corectate și/sau date corecte pentru care se va cere avizul de reconfirmare, înseamnă că există 3 situații:

1. Cazul neconfirmat are exclusiv date incorecte.

În această situație se corectează datele respective și se retransmite cazul cu corecturile efectuate la SNSPMPDSB.

2. Cazul neconfirmat are exclusiv date corecte.

În această situație nu se fac niciun fel de modificări și se cere avizul de reconfirmare.

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de reconfirmare” la SNSPMPDSB.

3. Cazul neconfirmat are atât date incorecte, cât și date corecte.

În această situație se corectează datele incorecte și se cere avizul de reconfirmare pentru datele corecte (fără a se face niciun fel de modificări pe acestea).

Dacă avizul este nefavorabil, cazul nu se va mai retransmite la SNSPMPDSB.

Dacă avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca „Cerere de confirmare” la SNSPMPDSB.

OBSERVAȚII:

— Retransmiterea unui caz cu modificări efectuate nu asigură confirmarea lui decât dacă modificările au corectat eroarea. De exemplu, dacă se înlocuiește un cod de diagnostic eronat cu alt cod de diagnostic tot eronat, cazul nu va fi confirmat.

— Retransmiterea unui caz cu date corectate nu asigură confirmarea lui decât pe regulile corespunzătoare acelor date. De exemplu, dacă pentru un caz neconfirmat în conformitate cu regulile A03 și A05 se corectează eroarea referitoare la data intervenției chirurgicale principale, dar nu și eroarea referitoare la vârstă (sau invers), cazul va rămâne neconfirmat.

— „Cererea de confirmare” are efect doar pe regulile din grupa B. Dacă respingerea cazului s-a produs și pe alte reguli, retransmiterea ca „Cerere de confirmare” fără corectarea celorlalte cauze de respingere se va solda tot cu neconfirmarea cazului.

b) Pentru cazurile inițial confirmate, la solicitarea casei de asigurări de sănătate

În situația în care în urma evaluării cazurilor respective de către casa de asigurări de sănătate/comisia de analiză se decide modificarea/anularea acestora, spitalul le va retransmite la SNSPMPDSB astfel: cazurile care trebuie anulate se vor transmite ca „Anulat”, iar cazurile care trebuie modificate se vor retransmite ca „Anulat și retransmis”.

Spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB cu ocazia

Spitalul
Către medicul-șef al Casei de Asigurări de Sănătate

Lista cazurilor neconfirmate pentru care se solicită reconfirmarea prin comisia de analiză, conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 182/2017 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea.

Nr. crt.
Codul spitalului
— Secția
Nr. foi de observație clinică generală (FOCG)
Data externării pacientului
Reguli pentru care se solicită confirmarea*)
Motivul pentru care se solicită confirmarea
Data

Director general,

.....
(semnătura și ștampila)

*) Se va nota în câte un rând separat fiecare regulă pentru care se solicită reconfirmarea.

Medicul-șef din cadrul casei de asigurări de sănătate are obligația de a organiza o întâlnire a comisiei de analiză în termen de maximum 10 zile de la primirea înștiințării de la spital. Modalitatea practică de evaluare a cazurilor externate este decisă de comisia de analiză și va consta, după caz, în:

— evaluarea dosarelor medicale originale, prin vizitarea spitalelor vizate;

— evaluarea cazurilor pe baza dosarelor trimise de spitale (copie de pe dosarul medical al pacienților neconfirmați).

Informațiile urmărite în evaluare de către comisia de analiză includ:

— motivul internării;

— diagnosticele principale și secundare, acordându-se atenție relației dintre acestea atât din punct de vedere medical, cât și din punctul de vedere al cronologiei acestora;

următoarei regularizări trimestriale pentru anul în curs. Pentru cazurile aferente anului precedent, spitalele trebuie să transmită înregistrările electronice modificate ale acestor cazuri la SNSPMPDSB, la termenele prevăzute în ordin.

SNSPMPDSB va genera către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casa de asigurări de sănătate un raport cu clasificarea grupelor de diagnostic a acestor cazuri.

SECȚIUNEA a 3-a

Obținerea avizului de reconfirmare prin comisia de analiză a cazurilor neconfirmate la SNSPMPDSB

Primul pas în obținerea avizului de reconfirmare îl constituie sesizarea de către spital a medicului-șef din cadrul caselor de asigurări de sănătate, pe baza modelului prezentat mai jos:

— secția/secțiile în care a fost îngrijit și din care a fost externat pacientul;

— motivul externării;

— intervențiile chirurgicale — tipul acestora, eventualele complicații;

— alte informații pe care comisia de analiză le consideră utile.

Analiza fiecărui caz se încheie cu un raport scris al comisiei de analiză, în care sunt menționate argumentele care au condus la avizarea sau neavizarea cazului, raport semnat de toți membrii comisiei care au participat la evaluarea cazului respectiv. Raportul va fi elaborat în două exemplare, pentru spital și, respectiv, pentru casa de asigurări de sănătate, și va conține în mod explicit decizia de avizare sau neavizare pentru reconfirmare a fiecărui caz.

ACTE ALE AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI

AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI

ORDIN

pentru modificarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 145/2014 privind implementarea sistemelor de măsurare inteligentă a energiei electrice

Având în vedere prevederile art. 66 din Legea energiei electrice și a gazelor naturale nr. 123/2012, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 5 alin. (1) lit. c) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 33/2007 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 160/2012, precum și dispozițiile art. 10 alin. (2) lit. a) și b) și alin. (3) din Legea nr. 121/2014 privind eficiența energetică, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 9 alin. (1) lit. h) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 33/2007, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 160/2012,

președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei emite prezentul ordin.

Art. I. — Ordinul președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 145/2014 privind implementarea sistemelor de măsurare inteligentă a energiei electrice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 931 din 19 decembrie 2014, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

— **Articolul 5² se modifică și va avea următorul cuprins:**

„Art. 5². — Pe baza rezultatului analizei cost-beneficiu prevăzute la art. 5¹ alin. (1) și a propunerilor operatorilor de distribuție concesionari, ANRE aprobă până la 30 aprilie 2017,

prin ordin al președintelui, condițiile-cadru pentru întocmirea planului național de implementare a sistemelor de măsurare inteligentă a energiei electrice în România și a calendarului de implementare.”

Art. II. — Departamentul pentru eficiență energetică și direcțiile de specialitate din cadrul Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei vor urmări ducerea la îndeplinire a prevederilor prezentului ordin.

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

Președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei,
Niculae Havrileț

București, 24 martie 2017.
Nr. 17.

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„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. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948493 053101