



CONTRACTARE 2018

ELEMENTE DE NOUȚATE ÎN
PROCESUL DE CONTRACTARE

1. ANTERIOR SEMNĂRII CONTRACTELOR

- Instrumente simplificate în procesul de contractare -

• DOCUMENTE

- documentele se transmit numai în format electronic
- semnătură electronică obligatorie pentru toți medicii care intră în contract cu CAS (se solicită certificatele digitale)

S-a introdus normă tranzitorie pentru medicii care își desfășoară activitatea în unități sanitare care desfășoară activitate în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate și care la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri nu au semnătură electronică extinsă/calificată; aceștia au obligația să dețină o astfel de semnătură până cel târziu la data de 30 aprilie 2018.

- documentele existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă
- la contractare - dovada de evaluare depusă numai de:
 - furnizorii noi
 - furnizorii cu evaluarea făcută de altă CAS decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală și aceasta nu este existentă la nivelul CAS, sau valabilitatea evaluării este expirată
- eliminare documente solicitate în prezent la contractare:
 - dovada plății la zi a contribuției la FNUASS
 - lista în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice - management de caz, cu evidență distinctă la nivelul medicului de familie
 - asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical - medici și asistenți medicali (pentru aceștia se prezintă certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România / certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) - se avizează numai pe perioada de valabilitate a asigurării de răspundere civilă)
 - declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acestuia (informațiile se regăsesc la nivelul CAS)

- **DOCUMENTE**

- Furnizorii de servicii medicale paraclinice - la contractare prezintă lista aparatelor utilizate pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu CAS care va cuprinde elementele de identificare prevăzute în Norme (Anexa 19 și 20).
- Furnizorii de servicii medicale paraclinice care, până la 1 iulie 2018 au contract atât cu CASAOPSNAJ cât și cu CAS județeană sau cu CASMB - opțiune pentru CAS cu care rămân în contract începând cu 1 iulie 2018 (Anexa 18 A) cu mențiunea că se poate modifica opțiunea în cadrul trim. II.
- Începând cu 2019: condiție nouă de eligibilitate a furnizorilor prin depunerea dovezii de acreditare (pentru unități sanitare cu paturi) sau a depunerii dovezii înscrierii în procesul de acreditare, prin care se certifică calitatea serviciilor medicale, pentru celelalte categorii de furnizori.
- CAS pot stabili o nouă perioadă de contractare numai cu avizul CNAS

- **COMISII PARITARE**

- La stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii la nivel județean și la nivelul Municipiului București sunt luați în calcul și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu CAS AOPSNAJ.
- Modificări in componenta comisiilor constituite la nivel local cu atribuții în:
 - stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii si a numărului minim de asigurați pentru mediul rural/zone deficitare din mediul urban;
 - stabilirea necesarului de norme și de medici pe specialități pentru specialitățile clinice, stabilirea specialităților deficitare si a zonelor deficitare;
 - stabilirea numărului de norme și de medici pentru asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai CAS, DSP și ai colegiilor teritoriale ale medicilor. Organizațiile patronale și sindicale, și societățile profesionale ale medicilor, reprezentative la nivel județean, precum și autoritățile administrației publice locale – rol consultativ.

S-a eliminat comisia cu atribuții în stabilirea numărului necesar de investigații paraclinice pe județ .

Nu s-a modificat componența comisiei pentru stabilirea zonelor deficitare din punct de vedere a existenței medicilor de o anumită specialitate la nivelul asistenței medicale spitalicești.

2. INCHEIEREA CONTRACTELOR

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ȘI ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

- Pentru cabinetele medicale din asistența medicală primară și cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice care încheie acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, punctajul acordat pentru aparatele cu care se efectuează investigațiile paraclinice se ajustează proporțional cu programul de lucru contractat pentru aceste servicii.
- Pentru accesul asiguraților la servicii medicale în cadrul cabinetului medical din asistența medicală primară și la cabinetul din ambulatoriu pentru specialitățile clinice s-a precizat ca programul de activitate de 35 de ore pe săptămână se asigură în minim 5 zile pe săptămână; pentru medicii de familie din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești programul de lucru de 35 de ore/săptămână se stabilește pe zile conform condițiilor specifice acestui sistem și se reglementează în normele proprii.
- Programul de activitate al asistentului medical/sorei medicale/moașei în cadrul cabinetului în asistența medicală primară și în cadrul cabinetului organizat în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă.

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

- Un medic angajat fără listă proprie în cadrul unui cabinet medical individual în asistența medicală primară, poate figura ca medic angajat și în alte cabinete medicale individuale cu condiția ca toate cabinetele medicale individuale să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate.

- Pentru medicul de familie nou-venit într-o localitate a fost majorată perioada pentru care poate încheia convenție cu casa de asigurări de sănătate de la 3 la 6 luni, precum și perioada pentru care ulterior convenției se poate încheia contract (perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei) de la 3 la 6 luni. Medicul de familie nou venit beneficiază pe perioada convenției de un venit constituit din:
 - a) o sumă reprezentând plata *per capita* pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați; a fost stabilit un număr de puncte *per capita* aferent listei echilibrate de asigurați (800), respectiv 6.937 puncte/an, care se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

 - b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

- Îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de către medicii cu competență/atestat în paliatie certificați de Ministerul Sănătății și care lucrează exclusiv în această activitate, în baza biletului de trimitere (valabilitatea biletului de trimitere este de 60 de zile calendaristice): 4 consultații/trimestru/asigurat pentru îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Punctajul acordat fiecărei consultații este de 18 puncte.
- În ambulatoriul clinic pot fi efectuate unele servicii de spitalizare de zi (servicii medicale în scop diagnostic – caz) decontate prin tarif pe serviciu/caz, decontate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești; serviciile se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu unitățile sanitare care încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și care îndeplinesc suplimentar următoarele condiții de eligibilitate:
 - a. au organizat, autorizat și evaluat atât ambulatoriul de specialitate clinic cât și structură de spitalizare de zi în aceeași specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiție este obligatorie pentru toți furnizorii care contractează acest tip de servicii;
 - b. au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 cu modificările și completările ulterioare, sau după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, pentru serviciile medicale – caz pentru *Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului* și pentru *Depistarea și diagnosticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin* (evidențiate în Anexa 7 la Norme).
 - c. furnizorul are în structură maternitate de gradul II sau III aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare, pentru serviciile medicale – caz de supraveghere a sarcinii (evidențiate în Anexa 7 la Norme).

ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE CLINICE

- Serviciile medicale în scop diagnostic-caz se contractează de către furnizori numai în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice (nu și în structura de spitalizare de zi).
- Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitățile clinice, contractează serviciile medicale în cadrul programului cabinetului. Numărul serviciilor medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate cu încadrarea în suma contractată, funcție de tipul fiecărui serviciu și durata acestuia, precum și de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic. Aceste contracte se derulează distinct de cele pentru furnizarea serviciilor medicale de specialitate pentru specialitățile clinice.
- A fost completată lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate (cardiologie pediatrică, gastroenterologie pediatrică, nefrologie pediatrică, oncologie și hematologie pediatrică, pneumologie pediatrică).

ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ DE MEDICINĂ FIZICĂ ȘI DE REABILITARE

- În cadrul criteriilor privind selecția furnizorilor și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale, a fost modificată ponderea criteriilor ce se au în vedere la stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, astfel:
 - Evaluarea capacității resurselor tehnice - 50% (în prezent **40%**),
 - Evaluarea resurselor umane - 50% (în prezent **60%**).

- Modalitatea de ajustare a punctajului acordat pentru aparatele din dotarea furnizorului, funcție de vechimea aparatelor s-a modificat în coroborare cu reglementările H.G. nr. 2139/2004, cu modificările ulterioare, similar ca și pentru aparatele din dotarea furnizorilor de investigații paraclinice – analize de laborator. (Punctajul pentru fiecare aparat, se acordă pentru aparatele cu o vechime de până la 8 ani; pentru aparatele mai vechi de 8 ani dar nu mai mult de 12 ani, calculați de la data fabricării sau de la data recondiționării (refurbișării), punctajul total al fiecărui aparat, pentru fiecare an în plus, se diminuează cu câte 20%.)

AMBULATORIUL DE SPECIALITATE PENTRU MEDICINĂ DENTARĂ

- Programul de activitate pentru medicii de medicină dentară cu integrare clinică a fost stabilit la 3 ore și 30 de minute pe zi (reprezentând 1/2 normă).
- Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei (în prezent 1.600 lei).

ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE

- Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, se stabilește de către casa de asigurări de sănătate (în prezent această activitate este atribuția comisiei de la nivel județean)
- La stabilirea punctajului pentru criteriul "Evaluarea resurselor umane" pentru furnizorii de investigații paraclinice – radiologie și imagistică medicală au fost diminuate punctajele pentru medicul specialist anestezist/medicul primar anestezist, precum și pentru medicul specialist de medicină de urgență/medicul primar de medicină de urgență, având în vedere că specificul activității medicilor cu specialitățile menționate presupune prezența pentru un timp limitat la furnizor și numai la nevoie, respectându-se proporționalitatea cu activitatea medicului de radiologie și imagistică medicală
- Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătății sau ANMDM, pentru aparatele ieșite din perioada de garanție și valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale (în prezent și de producător sau un furnizor agreat de producător)
- A fost modificată lista investigațiilor paraclinice de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară, prin excluderea explorărilor funcționale (aceste servicii se regăsesc în pachetul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice ca proceduri)
- Regularizarea sumelor contractate se face trimestrial (în prezent lunar)

ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

- Începând cu contractarea 2019, CAS încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi numai cu unitățile sanitare pentru care se încheie și contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă.
- Pentru zonele/localitățile deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate care acordă servicii medicale spitalicești, un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a două/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, cu respectarea legislației muncii (în prezent numai două contracte)
- În valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate pot fi contractate sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu clinic. (*servicii contractate din fondul de asistență spitalicească*).
- **Contractare**
 - 1. Pentru spitalele finanțate în sistem DRG:**
 - a. **ICM 2018** = ICM realizat 2017, pentru fiecare spital;
 - b. **Durata medie de spitalizare** a fiecărui spital pentru anul 2018 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2017;

ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

c. TCP 2018 = TCP 2017 cu excepția spitalelor care și-au schimbat categoria de clasificare (Spitalul Militar de Urgență "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta, Spitalul Militar de Urgență Galati), precum și a spitalelor de copii Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Marie Curie” București și Spitalul Clinic de Copii „Dr. V. Gomoiu” pentru care TCP 2018 poate fi majorat cu până la 15% față de anul 2017, având în vedere strategia de finanțare a Ministerului Sănătății.

d. Referitor la suma contractată în anul 2018 - au fost eliminate reglementările potrivit cărora suma contractată nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul anterior (pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți).

e. În lista spitalelor finanțate în sistem DRG:
- au fost introduse două unități sanitare:
Victoria Medical Center (București)
Clinica New Medics (Sibiu)

ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

- nu se mai regăsesc următoarele unități sanitare, care nu au mai optat pentru contractare spitalizare continuă cu casa de asigurări de sănătate:

SC Medicovert Hospitals SRL

Dynamic Medical

Clinica Sf. Lucia S.R.L.

S.C. Eldimed Materna S.R.L.

SC Andimex SRL

2. Pentru spitalele acuți non DRG

a. - Durata medie de spitalizare la nivel național (DMS_nat) pentru 2018 este 6,05 (6,22 în anul 2017).

b. - Referitor la suma contractată în anul 2018 - au fost eliminate reglementările potrivit cărora suma contractată nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% față de suma contractată în anul anterior (pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienții acuți).

3. Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, se pot contracta sume stabilite fără utilizarea procentului de referință P, dar numai cu avizul CNAS.

4. Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești, cu obligația asigurării accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești acordate în condiții hoteliere standard. (în prezent contribuția personală a asiguraților pentru condiții hoteliere cu grad ridicat de confort este de maxim 300 de lei/zi).

CONSULTAȚII DE URGENȚĂ LA DOMICILIU ȘI ACTIVITĂȚI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

- Au fost stabilite tarife unitare pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat.
- Au fost eliminate reglementările potrivit cărora se negociază tariful/km, tariful/milă, tariful/solicitare. Propunerea a avut în vedere o decontare unitară la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat.
- Tariful /consultație de urgență la domiciliu este de 170 lei - celelalte tarife neschimbate față de anul 2017.

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- În categoria furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care pot intra în relație contractuală cu CAS - medicii de familie și spitalele, care se pot organiza ca furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu.
- S-a prevăzut valoare de contract. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.
- Sumele contractate se stabilesc în funcție de fondul aprobat pentru îngrijiri la domiciliu, pe baza unui punctaj acordat pentru resursa umană, luând în calcul și programul de activitate al persoanelor care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, precum și în funcție de profesia și calificarea personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.
 1. medic primar de specialitate 20 puncte;
 2. medic specialist 18 puncte;
 3. asistenți medicali 13 puncte;
 4. kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală 13 puncte

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical – 40 ore/ săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală – 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu condiția ca, începând cu data de 1 mai 2018, pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.
- Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și asistent/asistenți medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu - pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță **ECOG 4**:
 - 60 lei (pentru mediul urban)
 - 75 de lei (pentru mediul rural – peste 15 km în afara localității unde este sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate)
 - Tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță **ECOG 3** :
 - 55 lei (pentru mediul urban)
 - 70 de lei (pentru mediul rural – peste 15 km în afara localității unde este sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate)
- (se vor solicita date de la serviciile de ambulanță publică privind rute, distanțe etc.)

În prezent tariful nu este diferențiat pe mediul urban/rural și se are în vedere accesul asiguraților din mediul rural la acest tip de îngrijiri.

În cadrul recomandării se va înscrie de medicul prescriptor justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu.

În recomandare se înregistrează telefonul asiguratului și adresa unde se vor acorda îngrijirile.

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- Recomandarea pentru îngrijiri medicale se prezintă în original de către asigurat/reprezentant la CAS care va certifica – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul.
- Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.
- Recomandarea se va transmite la CAS și de medicul prescriptor - în format electronic, asumat prin semnătură electronică, în ziua în care a făcut recomandarea. În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.
- Casa de asigurări de sănătate va păstra în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.
- Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. *(reglementarea are în vedere asigurarea accesului unui număr mai mare de asigurați la acst tip de îngrijire)*

În cazul recomandării unui număr mai mare de 15 zile de îngrijiri medicale la domiciliu, medicul va completa câmpul din cadrul formularului de recomandare care este justificarea.

ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

- Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.
- Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.
- Deciziile aprobate înainte de 1 aprilie 2018 și aflate în derulare își mențin valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu să facă obiectul pachetului de bază. Decontarea se face la tariful înscris pe decizie și contravaloarea serviciilor din decizie raportate începând cu 1 aprilie 2018 sunt incluse în valoarea de contract.
- Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

- A fost revizuit în totalitate pachetul de servicii și au fost introduse servicii noi, asigurate de echipe multidisciplinare, formate din medic, asistent, psiholog, kinetoterapeut.
- S-a prevăzut valoare de contract, iar sumele contractate se stabilesc pe baza unui punctaj acordat pentru resursa umană, respectiv echipe multidisciplinare formate din medic, asistent, psiholog, kinetoterapeut.
- Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.
- Tariful maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 105 lei.
- Îngrijirile paliative la domiciliu se pot recomanda de către medicii de specialitate din specialitățile clinice (în prezent numai medicii cu specialitatea oncologie medicală și boli infecțioase) și medicii cu competență de îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
- Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de 60 zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.
- Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.
- În recomandare se va înscrie de medicul prescriptor justificarea privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu, numărul de telefon al asiguratului și adresa unde se vor acorda îngrijirile.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

- Recomandarea pentru îngrijiri paliative se prezintă de către asigurat/reprezentant la CAS care va certifica – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul.

Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

- Recomandarea se va transmite la CAS și de medicul prescriptor - în format electronic, asumată prin semnătură electronică, în ziua în care a făcut recomandarea.
- În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.
- Un episod de îngrijire este de maxim 30 zile de îngrijiri.
 - Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.
 - Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipa minima multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

- Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.
- Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu - stabilită pe baza protocolului de monitorizare în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.
- Planul de îngrijire paliativă - întocmit la prima vizită și în termen de max. 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la CAS. În situația în care planul de îngrijire se modifică în funcție de necesitățile pacientului, variațiile planului de îngrijire se transmit CAS odată cu raportarea lunară.
- Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu CAS, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi (de luni până vineri), respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.
 - Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.
- Celelalte reglementări privind: deciziile emise anterior datei de 1 aprilie 2018, recomandarea se depune la un singur furnizor, număr unic de înregistrare din sistem etc., sunt aceleași cu cele de la îngrijiri medicale la domiciliu.

MEDICAMENTE CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ

- Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate (în prezent își poate desfășura activitatea la 2 furnizori). Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 farmacii (în prezent la 3 furnizori) aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

3. DERULAREA CONTRACTELOR

- Eliminare limite acces la furnizorii de servicii medicale paraclinice și de medicamente (*în prezent, asiguratul se prezintă doar la furnizorii care sunt în relație contractuală cu aceeași CAS cu care este și medicul prescriptor*);
 - Fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de CAS la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași CAS cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală;

Pentru ca aceste reglementări să poată fi implementate în PIAS a fost prevăzută o etapă intermediară, respectiv:

- *În cazul investigațiilor medicale paraclinice:* până la data de 1 iulie 2018, furnizorul efectuează investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere eliberat de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași CAS cu care se află în relație contractuală și furnizorul de servicii medicale paraclinice.
 - În coroborare, până la data de 1 iulie 2018, în situația în care în raza administrativ-teritorială a unei CAS nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de CAS, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București.
- *În cazul medicamentelor cu și fără contribuție personală:* până la data de 1 iulie 2018, farmacia eliberează medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților numai în baza prescripțiilor medicale eliberate de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și farmacia.
- Furnizorii vor comunica CAS modificările privind condițiile avute în vedere la contractare cel târziu în ziua în care acestea produc efecte (se va face o notificare din partea furnizorului, dar documentele pot fi depuse ulterior, conform convenției dintre părți prevăzută într-o clauză suplimentară la contract).

3. DERULAREA CONTRACTELOR

- Perioadele de absență motivată pentru medicii care furnizează servicii de asistență medicală primară includ și concediul pentru îngrijirea copilului bolnav, până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani - **pentru coroborare cu legislația privind concediile medicale.**
- A fost reglementat în mod expres dreptul medicilor de familie la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile calendaristice pe an:
 - medic înlocuitorsau
 - în lipsa unui medic înlocuitor medicul de familie are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate care este/sunt medicul/medicii desemnați la care asigurații înscriși pe lista sa proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:
 - a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
 - b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.
 - c) consultații pentru afecțiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru asigurații de pe lista proprie a medicului desemnat.

Pentru aceste situații, medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care asigurații înscriși pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora. (Anexa 2 C la norme) – În aceste situații nu se face plată per capita.

3. DERULAREA CONTRACTELOR

- Au fost aduse modificări Anexei 13 (lista afecțiunilor care permit prezentarea direct la medicul specialist din ambulatoriu).
 - a. S-au eliminat:**
 - ulcer peptic gastro-duodenal
 - rahitismul carențial comun
 - supraponderea pediatrică
 - b.** Pentru "Afecțiuni ale aparatului lacrimal" a fost modificată grupa de vârstă de la 1-3 ani la **0-3 ani**
 - c.** Pentru "boli rare" s-a precizat că în această categorie se regăsesc bolile rare prevăzute în Programele naționale cu scop curativ
 - d.** a fost redefinită grupa bolilor psihice astfel: "*Boli psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante, grup diagnostic tulburări ale dispoziției, autism, ADHD, boli psihice la copii)*".
- S-a extins categoria persoanelor care pot depune documentele pentru solicitare dispozitiv medical / ridica decizia de aprobare, în sensul introducerii membrilor de familie cu grad de rudenie I și II (față de precedentele reglementări care prevedeau ca membrii de familie sunt doar părinții, fiul/fiica).
- Documentele necesare pentru aprobarea unui dispozitiv medical se pot transmite de către asigurat casei de asigurări de sănătate și prin poștă (în prezent documentele se depun la sediul casei de asigurări de sănătate).
- În cazul dispozitivelor medicale expediate de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, factura în vederea decontării dispozitivului medical se întocmește în luna în care furnizorul a intrat în posesia documentului privind confirmarea de primire a dispozitivului medical.

Modificarea are în vedere evitarea situațiilor în care documentele privind confirmarea primirii dispozitivului medical intră în posesia furnizorului la o dată ulterioară, prevăzută în contract, pentru depunerea facturii la casa de asigurări de sănătate.
- S-a precizat că la facturare furnizorii depun certificatul de garanție cu excepția dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată (prin închiriere) și a dispozitivelor pentru care nu se emite certificate de garanție dar au termen de valabilitate.

3. DERULAREA CONTRACTELOR

- Confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, etc., - dacă a fost primită de furnizor în format electronic, acesta o poate trimite casei de asigurări de sănătate printată și certificată cu sintagma “conform cu originalul”.
- În cazul dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată, prin închiriere, factura se întocmește după expirarea perioadei de valabilitate a talonului facturat.
- S-a precizat că biometria - care se atașează la recomandarea pentru lentila intraoculară - trebuie să conțină numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării.
- La As. med. spitalicească - Eliminarea prevederii potrivit căreia casele de asigurări de sănătate decontează nu mai mult de 25% din cazurile externate din secțiile de medicina muncii - boli profesionale ale spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională. (având în vedere că Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii și Justiției Sociale au elaborat un proiect de act normativ privind decontarea întregii activități a acestor secții din bugetul asigurărilor sociale de stat) .
- Pentru spitalizare continuă, pacienți cu diagnostic oncologic confirmat aflați în Programul național de oncologie, se pot prezenta fără bilet de internare.

3. DERULAREA CONTRACTELOR

- La spitale, contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabilește de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitalicești. A fost eliminată limita de maxim 300 lei/zi ce putea fii încasată de la asigurați pentru condiții hoteliere cu grad ridicat de confort. Spitalele – atât cele publice cât și cele private – au obligația să asigure accesul asiguraților la servicii medicale spitalicești în condiții hoteliere standard.
- În asistența medicală de specialitate pentru specialități paraclinice, regularizarea se face trimestrial, nu lunar ca până în prezent.

Prin excepție, pentru trimestrul IV 2018, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract.
- S-a precizat că la solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziție fișele de îngrijiri medicale la domiciliu.

4. DECONTARE

- Pentru fiecare caz oncologic suspiciat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte/caz în luna în care medicul de familie a primit confirmarea, și intră în plata pe serviciu medical.
- Pentru administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat (conform schemei stabilite de către medicul pneumolog) se acordă 40 puncte/ lună/asigurat cu condiția realizării schemei complete de tratament.
- Valoarea minimă garantată a punctului per capita - 5,8 lei (față de 4,8 lei în prezent),
- Valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu în asistența medicală primară și în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice - 2,8 lei (față de 2,2 lei în prezent).

5. OBLIGAȚIILE CASELOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

- să facă publică suma reprezentând 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial și să o contracteze cu spitalele conform reglementărilor legale în vigoare;
- să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii și tipuri de dispozitive medicale;
- să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic; (specific asistenței medicale primare)
- S-a precizat că termenul de transmitere a motivării sumelor decontate, cu ocazia regularizărilor trimestriale, este de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor.

6. OBLIGAȚIILE FURNIZORILOR

- revizuire / sintetizare/ comasare obligații furnizori

- Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu - obligația de a transmite CAS contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către CNAS, în ziua următoare efectuării acestora; (*obligația a avut în vedere faptul că pentru anul 2018 este prevăzută valoare de contract pentru aceste tipuri de servicii*). – la a treia constatare a nerespectării obligației se reziliază contractul.
- A fost prevăzută obligația farmaciilor aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, de a nu utiliza, sub nici o formă, în campaniile publicitare, referințe la medicamentele compensate și gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția informării asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate și gratuite (avertisment, 10%, 16%, reziliere).
- În ceea ce privește obligația furnizorului pentru toate domeniile de asistență medicală de a întocmi evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale / cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane / cazurile în care au fost aduse daune sănătății propriei persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens - furnizorii au obligația de a comunica aceste evidențe, lunar, caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; pentru nerespectarea acestei obligații s-au introdus sancțiuni graduale. (avertisment, 3%, 5%)

6. OBLIGAȚIILE FURNIZORILOR

- revizuire / sintetizare/ comasare obligații furnizori

- Medicii prescriptori trebuie să respecte protocoale terapeutice. S-a precizat că, pentru medicamentele care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor (sanțiuni graduale pentru nerespectarea protocolului, nu se recuperează contravaloarea medicamentelor).

Începând cu 1 iulie 2018 - obligația medicilor prescriptori de a respecta avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a CNAS referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

- Revizuirea unor obligații și condiții pentru claritatea textului.
- Eliminarea unor obligații pentru diminuarea excesului de reglementare; exemple:
 - să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în hotărâre și în norme;
 - să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
 - să completeze formularele privind evidențele obligatorii și pe cele tipizate,
 - să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;
 - nu se mai întocmește prescripție distinctă la nivelul asistenței medicale primare pentru recomandările făcute de către medicii de medicina muncii și nici borderou distinct la farmacii.

7. SANCTIUNI

➤ Pentru nerespectarea obligațiilor de a funcționa cu personal farmaceutic autorizat conform legii și de a asigura prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate (pentru cea de-a doua obligație sunt prevăzute sancțiuni graduale), casele de asigurări de sănătate vor informa, pe lângă Colegiul Farmaciștilor din România și Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, după caz. *(În prezent casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea de către farmacii a acestor obligații).*

1. Revizuire sancțiuni în sensul diminuării nivelului acestora, extindere gradualitate, corelat cu gravitatea neîndeplinirii obligației; exemple:

- completarea formularelor cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă, în sensul că acestea se vor aplica în mod gradual, plecând de la avertisment la prima constatare (în prezent se recuperează contravaloarea serviciilor/medicamentelor acordate pe baza acestor documente);
- să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens (în prezent reziliere directă, în proiectul de hotărâre sancțiuni graduale);
- raportarea incorectă/incompletă de către farmacii a datelor referitoare la consumul de medicamente în vederea decontării, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, în sensul că trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective (în prezent nu era prevăzută o sancțiune expresă);

7. SANCTIUNI

- În coroborare cu revizuirea sancțiunilor, au fost operate modificări în ceea ce privește reținerea sumelor aferente sancțiunilor aplicate furnizorilor. Astfel, în prezent, reținerea sumelor se face din prima plată, iar în situația în care suma depășește prima plată reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii; în proiectul de act normativ este prevăzut că recuperarea sumei, pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, astfel:

- Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

- Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

7. SANCȚIUNI

2. Sancțiuni noi:

- Sancționarea spitalului în situația în care nu se eliberează prescripție medicală, la externarea asiguratului – pentru situațiile în care era necesară, prin reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;
- Sancționarea furnizorilor din asistența medicală ambulatorie pentru specialități clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare în situația în care nu se eliberează prescripție medicală pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației;

3. Suspendarea contractelor:

- Nu se mai suspendă un contract în situația încetării valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru una sau mai multe persoane care își desfășoară activitatea la furnizor; se suspendă din contract doar persoanele care nu mai respectă această obligație, în situația în care furnizorul îndeplinește condițiile de desfășurare a activității.
- S-a precizat că pentru perioada în care operează suspendarea contractului sumele contractate se diminuează proporțional cu numărul de zile de suspendare și nu se decontează servicii pentru perioada de suspendare.