

**Subiecte examen 19.06.2023 VARIANTA 2**

**1. Descrieti dreptul persoanei vatamate de o autoritate publica, conform Constitutiei Romaniei. 9p**

ART. 52

Dreptul persoanei vătămate de o autoritate publică

(1) Persoana vătămată într-un drept al său ori într-un interes legitim, de o autoritate publică, printr-un act administrativ sau prin nesoluționarea în termenul legal a unei cereri, este îndreptățită să obțină recunoașterea dreptului pretins sau a interesului legitim, anularea actului și repararea pagubei. **3p**

(2) Condițiile și limitele exercitării acestui drept se stabilesc prin lege organică. **3p**

(3) Statul răspunde patrimonial pentru prejudiciile cauzate prin erorile judiciare. Răspunderea statului este stabilită în condițiile legii și nu înlătură răspunderea magistraților care și-au exercitat funcția cu rea-credință sau gravă neglijență. **3p**

**2. Prezentați limitele delegării de atribuții, conform Codului administrativ. 18p**

ART. 438

Limitele delegării de atribuții

(1) Delegarea de atribuții corespunzătoare unei funcții publice vacante se dispune motivat prin act administrativ de către persoana care are competența de numire în funcția publică, pe o perioadă de maximum 6 luni într-un an calendaristic, în condițiile prezentului cod. **1.5p**

(2) Delegarea de atribuții corespunzătoare unei funcții publice ocupate al cărei titular se află în concediu în condițiile legii sau este delegat în condițiile art. 504 ori se află în deplasare în interesul serviciului se stabilește prin fișa postului și operează de drept, în condițiile prezentului cod. **1.5p**

(3) Delegarea de atribuții corespunzătoare unei funcții publice nu se poate face prin delegarea tuturor atribuțiilor corespunzătoare unei funcții publice către același funcționar public. Funcționarul public care preia atribuțiile delegate exercită pe perioada delegării de atribuții și atribuțiile funcției publice pe care o deține, precum și atribuțiile parțial preluate, cu excepția situației în care atribuțiile delegate presupun exercitarea controlului ierarhic asupra funcției deținute. **1.5p**

(4) În situația în care funcția publică ale cărei atribuții sunt delegate și funcția publică al cărei titular preia parțial atribuțiile delegate se află într-un raport ierarhic de subordonare, funcționarul public care preia atribuțiile delegate semnează pentru funcția publică ierarhic superioară. **1.5p**

(5) Prin excepție de la alin. (3), atribuțiile funcției publice de secretar general al unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale pot fi delegate și în totalitate, pentru perioada prevăzută la alin. (1), conducătorului compartimentului juridic din cadrul aparatului de specialitate al primarului, cu obligația delegării atribuțiilor proprii către alți funcționari publici. **1.5p**



(6) În situația în care la nivelul unității administrativ-teritoriale postul conducătorului compartimentului juridic este vacant sau temporar vacant, atribuțiile funcției publice de secretar general al unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale pot fi delegate și în totalitate, pentru perioada prevăzută la alin. (1), unui alt funcționar public, cu respectarea alin. (9). **1.5p**

(7) Prin excepție de la alin. (3) și (9), în situația în care la nivelul aparatului de specialitate al primarului nu există un funcționar public căruia să îi fie delegate atribuțiile funcției de secretar general al unității/subdiviziunii administrativ-teritoriale, în condițiile alin. (5) sau (6), acestea sunt delegate unui alt funcționar public, în următoarea ordine: **1.5p**

a) unui funcționar public cu studii superioare de licență absolvită cu diplomă, în specialitate juridică sau administrativă;

b) unui funcționar public cu studii superioare de licență.

(8) Delegarea de atribuții se face numai cu informarea prealabilă a funcționarului public căruia i se deleagă atribuțiile. **1.5p**

(9) Funcționarul public care preia atribuțiile delegate trebuie să îndeplinească condițiile de studii și de vechime necesare pentru ocuparea funcției publice ale cărei atribuții îi sunt delegate. **1.5p**

(10) Nu pot fi delegate atribuții funcționarilor publici debutanți sau funcționarilor publici care exercită funcția publică în temeiul unui raport de serviciu cu timp parțial. **1.5p**

(11) Funcționarii publici pot îndeplini unele atribuții corespunzătoare unei funcții de demnitate publică, ale unei funcții de autoritate publică sau ale unei alte funcții publice, numai în condițiile expres prevăzute de lege. **1.5p**

(12) În cazul funcțiilor publice de execuție vacante, cu excepția funcțiilor publice de auditor și consilier juridic, atunci când aceste funcții sunt unice în cadrul autorității sau instituției publice, atribuțiile pot fi delegate către cel puțin doi funcționari publici, cu respectarea prevederilor alin. (1) și (8) - (10). **1.5p**

### **3. Descrieți excepția de nelegalitate, conform Legii contenciosului administrativ. 10p**

ART. 4

Excepția de nelegalitate

(1) Legalitatea unui act administrativ cu caracter individual, indiferent de data emiterii acestuia, poate fi cercetată oricând în cadrul unui proces, pe cale de excepție, din oficiu sau la cererea părții interesate. **2.5p**

(2) Instanța investită cu fondul litigiului și în fața căreia a fost invocată excepția de nelegalitate, constatând că de actul administrativ cu caracter individual depinde soluționarea litigiului pe fond, este competentă să se pronunțe asupra excepției, fie printr-o încheiere interlocutorie, fie prin hotărârea pe care o va pronunța în cauză. În situația în care instanța se pronunță asupra excepției de nelegalitate prin încheiere interlocutorie, aceasta poate fi atacată odată cu fondul. **2.5p**

(3) În cazul în care a constatat nelegalitatea actului administrativ cu caracter individual, instanța în fața căreia a fost invocată excepția de nelegalitate va soluționa cauza, fără a ține seama de actul a cărui nelegalitate a fost constatată. **2.5p**



(4) Actele administrative cu caracter normativ nu pot forma obiect al excepției de nelegalitate. Controlul judecătoresc al actelor administrative cu caracter normativ se exercită de către instanța de contencios administrativ în cadrul acțiunii în anulare, în condițiile prevăzute de prezenta lege. **2.5p**

#### **4. Prezentați atribuțiile caselor de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95 / 2006.27p**

ART. 281

Atribuțiile caselor de asigurări sunt următoarele:

- b) să administreze bugetele proprii; **2.7p**
- c) să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asigurați și să le comunice CNAS; **2.7p**
- d) să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor; **2.7p**
- f) să furnizeze gratuit informații, consultanță, asistență în problemele asigurărilor sociale de sănătate și ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale; **2.7p**
- g) să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale; **2.7p**
- h) să negocieze, să contracteze și să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru; **2.7p**
- i) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora; **2.7p**
- j) pot să organizeze licitații în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru; **2.7p**
- k) să asigure, în calitate de instituții competente, activitățile de aplicare a documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale și a altor prestații, în condițiile respectivelor documente internaționale; **2.7p**
- l) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății. **2.7p**

#### **5. Care sunt obligațiile furnizorului de servicii medicale clinice în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, conform Ordinului nr. 1068 / 627 / 2021? 36p**

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

- a) să informeze asigurații cu privire la:
    - 1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil), **1p**
- #M9
- 2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; **1p**



#B

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; **1p**

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează; **1p**

#M9

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul din specialitatea medicină fizică și de reabilitare eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea; **1p**

#B

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document, eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice; **1p**

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în Ordinul ministerului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../2021; **1p**



d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; **1p**

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ..../....2021, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; **1p**

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract; **1p**

g) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, incidente activității desfășurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; **1p**

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare; **1p**

i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare; în situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în H.G. nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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; **1p**

j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; **1p**

k) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în



cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale; **1p**

#M9

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate; **1p**

#B

m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia. **1p**

n) 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; **1p**

#M9

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu; **4 p**

#B



p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. ....../.....2021; **2 p**

q) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului; **1 p**

r) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile; **1p**

s) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; **1p**

ș) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere; **1p**

t) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii; **1p**

ț) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1<sup>^</sup>1) din Legea nr. 95/2006, republicată,



cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale; **3 p**

u) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. Ț) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlineste în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; **1p**

v) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane - dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; **1p**

w) să respecte, începând cu 1 ianuarie 2022, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocolurilor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, sau că medicamentul este produs biologic; **1p**

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale 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. **1p**

