

BAREM SUBIECTE CONCURS 25.10.2018

pentru ocuparea functiei publice de Inspector superior, clasa I, grad profesional superior – Serviciul Decontare Servicii Medicale

1. Identificați modalitățile de modificare a raportului de serviciu prevăzute de Legea nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici republicată, cu modificările și completările ulterioare. Prezentați exercitarea cu caracter temporar a unei funcții publice de conducere vacante sau temporar vacante. – 15 PUNCTE

BAREM CORECTARE

art. 87 alin. (2), art. 92 din Legea nr.188/1999, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- identificarea celor 5 modalități de modificare a raportului de serviciu - 5 puncte;
- prezentarea condițiilor pentru exercitarea cu caracter temporar a unei funcții publice de conducere vacante și temporar vacante (îndeplinire condiții studii și vechime în specialitatea studiilor, lipsă sancțiuni disciplinare neradiate) – 3 puncte;
- identificarea perioadei pentru dispunerea exercitării cu caracter temporar (6 luni , cu posibilitate de prelungire pentru 3 luni - funcții publice vacante, pe durata vacanței temporare a funcției publice- funcții publice temporar vacante) – 4 puncte;
- identificarea persoanei care are competența de a dispune exercitarea cu caracter temporar precum și procedura aplicabilă în dispunerea măsurii – 2 puncte;
- drepturile salariale pe perioada exercitării cu caracter temporar a unei funcții publice de conducere – 1 punct.

2. Descrieți norma generală de conduită a funcționarilor publici în ceea ce privește folosirea prerogativelor de putere publică potrivit Legii nr. 7/2004 privind Codul de conduită a funcționarilor publici, republicată . Dați un exemplu de posibilă încălcare a acestei norme. – 15 PUNCTE

BAREM CORECTARE

art. 17 din Legea nr. 7/2004, republicată

Folosirea prerogativelor de putere publică:

- interdicția folosirii în alte scopuri decât cele prevăzute de lege a prerogativelor funcției publice – 1 punct
- interdicția urmăririi de foloase, avantaje personale sau producerea de prejudicii altor persoane – 3 puncte
- interdicția de folosire a poziției oficiale și a relațiilor – 3 puncte
- interdicția de a impune sau sugera altor funcționari publici înscrierea în organizații sau asociații – 3 puncte
- relevanța exemplului prezentat – 5 puncte.

3.Enumerati atributiile caselor de asigurari de sanatate asa cum sunt definite prin Legea 95/2006 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.- TOTAL 6 puncte (LEGEA 95/2006 republicata, cu modificarile si completarile ulterioare)

BAREM CORECTARE

- a) să colecteze contribuțiile la fond pentru persoanele fizice, altele decât cele pentru care colectarea veniturilor se face de către ANAF; - **0,5 puncte**
- b) să administreze bugetele proprii; - **0,5 puncte**

- c) să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asigurați și să le comunice CNAS; - **0,5 puncte**
- d) să elaboreze și să publice raportul anual și planul de activitate pentru anul următor; - **0,5 puncte**
- e) să utilizeze toate demersurile legale pentru a optimiza colectarea contribuțiilor și recuperarea creanțelor restante la contribuții pentru fond; - **0,5 puncte**
- 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; - **0,5 puncte**
- g) să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale; - **0,5 puncte**
- h) să negocieze, să contracteze și să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condițiile contractului-cadru; - **0,5 puncte**
- i) să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate și nivelul tarifelor acestora; - **0,5 puncte**
- j) pot să organizeze licitații în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru; - **0,5 puncte**
- 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; - **0,5 puncte**
- l) alte atribuții prevăzute de acte normative în domeniul sănătății. - **0,5 puncte**

4.Care sunt serviciile care nu sunt decontate din fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz?
TOTAL 14 puncte (LEGEA 95/2006 republicata, cu modificările și completările ulterioare)

BAREM CORECTARE

- a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistență medicală la locul de muncă, asistență medicală a sportivilor; - **0,7 puncte**
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță; - **0,7 puncte**
- c) unele servicii de asistență stomatologică; - **0,7 puncte**
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort; - **0,7 puncte**
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta de peste 18 ani, cu excepția reconstrucției mamare prin endoprotezare în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice; - **0,7 puncte**
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport; - **0,7 puncte**
- g) serviciile medicale solicitate și eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților; - **0,7 puncte**
- h) fertilizarea in vitro; - **0,7 puncte**
- i) asistența medicală la cerere; - **0,7 puncte**
- j) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului; - **0,7 puncte**
- k) contribuția personală din prețul medicamentelor, a unor servicii medicale și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive; - **0,7 puncte**
- l) serviciile medicale solicitate de asigurat; - **0,7 puncte**
- m) unele servicii și proceduri de reabilitare; - **0,7 puncte**
- n) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unități medico-sociale; - **0,7 puncte**
- o) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și al cabinetelor de medicină a muncii; - **0,7 puncte**
- p) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi; - **0,7 puncte**
- q) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului; - **0,7 puncte**
- r) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning din structura spitalului; - **0,7 puncte**
- s) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copii bolnavi HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii; - **0,7 puncte**
- t) activități de interes deosebit în realizarea obiectivelor strategiei de sănătate publică, definite prin contractul-cadru- **0,7 puncte**

5. Care sunt categoriile de medici care eliberează bilete de trimitere, în baza cărora casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, în condițiile stabilite de norme? TOTAL – 5 puncte (Hotărârea nr. 140/2018 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 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare)

BAREM CORECTARE

- a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; - 1 punct**
- b) medicii de specialitate din unitățile ambulatorii, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; - 1 punct**
- c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; - 1 punct**
- d) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică; - 1 punct**
- e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică. - 1 punct**

6. Detaliați decontarea dispozitivelor medicale așa cum este delimitată prin Hotărârea nr. 140/2018 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 2018-2019 – TOTAL 20 puncte

BAREM CORECTARE

Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere. – **1 punct**

Dispozitivele medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată. – **1 punct**

Casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât prețul de referință. Dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, și factură. – **2 puncte**

Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, diferența se suportă de asigurat prin contribuție personală și se achită direct furnizorului, care eliberează chitanță sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, factură. – **2 puncte**

Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât prețul de referință al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la prețul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situația în care pentru un dispozitiv medical prețurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât prețul de referință, casele de asigurări de sănătate decontează integral prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical dacă acesta este mai mic decât prețul de referință, respectiv prețul de referință, dacă prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât prețul de referință. – **2 puncte**

Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condițiile prevederilor legale în vigoare, în situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situația în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare. - **2 puncte**

Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă. - **1 punct**

Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/inchirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuiind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. - **2 puncte**

Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administrație, se aprobă prin decizie de către președintele-director general și se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. - **2 puncte**

Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, și a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, de către o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau de către reprezentantul legal al asiguratului. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului. Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidențe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, și nu cel de dispozitive medicale. Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă. Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, în condițiile prevăzute în norme. Modul de prescriere, procurare/inchiriere și decontare a dispozitivelor medicale se stabilește prin norme. - **5 puncte**

7. Detaliați modalitatea de plată a consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat TOTAL - 25 puncte (Normele metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare)

BAREM CORECTARE

Consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de servicii de bază și în pachetul minimal de servicii medicale, se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de

transport sanitar neasistat, va avea în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. Pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km, respectiv tariful/milă marină

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri efectiv parcurși, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful pe milă marină. La estimarea numărului de mile marine se iau în calcul și milele marine estimate a fi parcurse aferente consultațiilor de urgență la domiciliu. – **5 puncte**

Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă consultații de urgență la domiciliu poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală. – **2 puncte**

Suma contractată anual de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalcchează pe trimestre și pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere și propunerile furnizorilor în raport de condițiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite. – **2 puncte**

Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat se face lunar, la nivelul realizat, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse, și tariful pe kilometru parcurs, respectiv pe milă parcursă, precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă lunii respective. – **1 punct**

Trimestrial, se face regularizarea pentru perioada de la 1 aprilie 2018 până la sfârșitul trimestrului respectiv, în raport cu numărul de kilometri efectiv parcurși, respectiv mile marine parcurse și tariful acestora precum și cu numărul de solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu realizate și tariful pe solicitare, cu încadrarea în suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea. În situația în care, la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2018 până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul contractat. În situația în care la regularizarea trimestrială, contravaloarea numărului total al kilometrilor efectiv parcurși, respectiv a numărului total al milelor marine parcurse, precum și a numărului consultațiilor de urgență la domiciliu, realizate de la 1 aprilie 2018 până la sfârșitul trimestrului respectiv, este mai mică decât suma totală contractată aferentă perioadei pentru care se face regularizarea, decontarea se va face la nivelul realizat. – **3 puncte**

Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut în norme, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat. – **2 puncte**

Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumelor corespunzătoare consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat realizate conform indicatorilor specifici avuți în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se transmit la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative transmise în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor. – **2 puncte**

Regularizarea și decontarea trimestrială se face până în ultima zi a lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV, pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs, pentru serviciile medicale realizate, raportate și validate conform contractului de furnizare de servicii de la data de 1 aprilie 2018 până la data de 30 noiembrie a anului în curs,

conform facturilor și a documentelor justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze până în ultima zi a lunii ianuarie a anului următor. – **2 puncte**

Mijloacele specifice de intervenție destinate consultațiilor de urgență la domiciliu și activităților de transport sanitar neasistat sunt:

- a) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);
- b) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;
- c) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;
- d) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare. – **2 puncte**

Tariful decontat de casele de asigurări de sănătate pentru consultații de urgență la domiciliu este de 170 lei pentru unități specializate private. Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și pentru ambulanțe tip A2 tariful pe km este de 2,18 lei, iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei. Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/milă marină este de 92 lei. Tarifele se majorează în perioada de iarnă cu 20%, pentru km efectiv parcurs sau mila marina. - **3 puncte**

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale furnizorilor de servicii întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej. – **1 punct**

Secretar Comisie de Concurs
Ivan Gabriela

