

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE VASLUI
COMPARTIMENT CONTROL

BAREM CORECTARE VARIANTA NR .1

1. Care sunt obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate asa cum sunt mentionate in LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 (republicată**) privind reforma în domeniul sănătății? – 5 puncte**

Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt:

- a) protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident;
- b) asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

2. Care sunt obligațiile asiguraților in sistemul de asigurari sociale de sanatate, pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute in LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 (republicată**), privind reforma în domeniul sănătății? – 10 puncte**

Obligațiile asiguraților pentru a putea beneficia de drepturile prevăzute la art. 230 sunt următoarele:

- a) să se înscrie pe lista unui medic de familie;
- b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- c) să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;
- d) să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- g) să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata/contribuția personală, în condițiile legii;
- h) să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat,

3. Enumerati 10 fapte ce constituie abateri disciplinare asa cum sunt ele enuntate in OU nr. 57 din 3 iulie 2019 – 10 puncte

ART. 492 Răspunderea administrativ-disciplinară

(1) Încălcarea cu vinovătie de către funcționarii publici a îndatoririlor corespunzătoare funcției publice pe care o dețin și a normelor de conduită profesională și civică prevăzute de lege constituie abatere disciplinară și atrage răspunderea administrativ-disciplinară a acestora.

(2) Constituie abateri disciplinare următoarele fapte:

- a) întârzierea sistematică în efectuarea lucrărilor;
- b) neglijența repetată în rezolvarea lucrărilor;
- c) absența nemotivată de la serviciu;
- d) nerespectarea programului de lucru;
- e) intervențiile sau stăruiștele pentru soluționarea unor cereri în afara cadrului legal;
- f) nerespectarea secretului profesional sau a confidențialității lucrărilor cu acest caracter;
- g) manifestări care aduc atingere prestigiului autorității sau instituției publice în care funcționarul public își desfășoară activitatea;
- h) desfășurarea în timpul programului de lucru a unor activități cu caracter politic;
- i) refuzul nemotivat de a îndeplini atribuțiile de serviciu;

j) refuzul nemotivat de a se supune controlului de medicina muncii și expertizelor medicale ca urmare a recomandărilor formulate de medicul de medicina muncii, conform prevederilor legale;

k) încălcarea prevederilor referitoare la îndatoriri și interdicții stabilite prin lege pentru funcționarii publici, altele decât cele referitoare la conflicte de interes și incompatibilități;

l) încălcarea prevederilor referitoare la incompatibilități dacă funcționarul public nu acționează pentru încetarea acestora într-un termen de 15 zile calendaristice de la data intervenirii cazului de incompatibilitate;

m) încălcarea prevederilor referitoare la conflicte de interes;

n) alte fapte prevăzute ca abateri disciplinare în actele normative din domeniul funcției publice și funcționarilor publici sau aplicabile acestora.

4. Care din drepturile si libertatile fundamentale din Constitutia Romaniei considerati ca sunt cele mai importante prin prisma activitatii functionarului public in cardul institutiei. In acest sens enumerati minim 3 drepturi si comentati-le in ordinea importantei lor conform prevederilor din Cap. II, Titlul II din Constitutia Romaniei republicata

- 10 puncte

ART. 40 Dreptul de asociere

(1) Cetățenii se pot asocia liber în partide politice, în sindicate, în patronate și în alte forme de asociere.

(2) Partidele sau organizațiile care, prin scopurile ori prin activitatea lor, militează împotriva pluralismului politic, a principiilor statului de drept ori a suveranității, a integrității sau a independenței României sunt neconstituționale.

(3) Nu pot face parte din partide politice judecătorii Curții Constituționale, avocații poporului, magistrații, membrii activi ai armatei, polițiștii și alte categorii de funcționari publici stabiliți prin lege organică.

(4) Asociațiile cu caracter secret sunt interzise.

ART. 43 Dreptul la grevă

(1) Salariații au dreptul la greva pentru apărarea intereselor profesionale, economice și sociale.

(2) Legea stabilește condițiile și limitele exercitării acestui drept, precum și garanțiile necesare asigurării serviciilor esențiale pentru societate.

ART. 51 Dreptul de petiționare

(1) Cetățenii au dreptul să se adreseze autorităților publice prin petiții formulate numai în numele semnatarilor.

(2) Organizațiile legal constituite au dreptul să adreseze petiții exclusiv în numele colectivelor pe care le reprezintă.

(3) Exercitarea dreptului de petiționare este scutită de taxa.

(4) Autoritățile publice au obligația să răspundă la petiții în termenele și în condițiile stabilite potrivit legii.

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 îndreptată să obțină recunoașterea dreptului pretins sau a interesului legitim, anularea actului și repararea pagubei.

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

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

5. Ce se intlege prin egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă, asa cum este mentionat în legea 202/2002 * Republicată privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați?**

- 10 puncte

CAPITOLUL II Egalitatea de şanse şi de tratament între femei şi bărbaţi în domeniul muncii

ART. 7

- (1) Prin egalitatea de şanse şi de tratament între femei şi bărbaţi în relaţiile de muncă se înțelege accesul nediscriminatoriu la:
- a) alegerea ori exercitarea liberă a unei profesii sau activităţi;
 - b) angajare în toate posturile sau locurile de muncă vacante şi la toate nivelurile ierarhiei profesionale;
 - c) venituri egale pentru muncă de valoare egală;
 - d) informare şi consiliere profesională, programe de iniţiere, calificare, perfecţionare, specializare şi recalificare profesională, inclusiv ucenicia;
 - e) promovare la orice nivel ierarhic şi profesional;
 - f) condiţii de încadrare în muncă şi de muncă ce respectă normele de sănătate şi securitate în muncă, conform prevederilor legislaţiei în vigoare, inclusiv condiţiile de concediere;
 - g) beneficii, altele decât cele de natură salarială, precum şi la sistemele publice şi private de securitate socială;
 - h) organizaţii patronale, sindicale şi organisme profesionale, precum şi la beneficiile accordate de acestea;
 - i) prestaţii şi servicii sociale, accordate în conformitate cu legislaţia în vigoare.

(2) În conformitate cu prevederile alin. (1), de egalitatea de şanse şi de tratament între femei şi bărbaţi în relaţiile de muncă beneficiază toţi lucrătorii, inclusiv persoanele care exercită o activitate independentă, precum şi soţii/soţii lucrătorilor independenţi care nu sunt salariați/salariați sau asociate/asociați la întreprindere, în cazul în care acestea/aceştia, în condiţiile prevăzute de dreptul intern, participă în mod obişnuit la activitatea lucrătorului independent şi îndeplinesc fie aceleaşi sarcini, fie sarcini complementare.

(3) Prevederile prezentei legi se aplică tuturor persoanelor, funcţionari publici şi personal contractual din sectorul public şi privat, inclusiv din instituţiile publice, cadrelor militare din sectorul public, precum şi celorlalte categorii de persoane al căror statut este reglementat prin legi speciale.

6. Care sunt criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, aşa cum prevede Ordinul nr. 1068/627/2021?

- 15 puncte

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. a) Sunt autorizaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
- b) Sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.
- c) Sunt acreditaţi, pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare.
2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la litera A, pct. 1 din anexa nr. 17 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice, citologice şi imunohistochimice).
- b) Pentru examinările de anatomie patologică (histopatologice, citologice şi imunohistochimice), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor autorizat/furnizor de service autorizat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 7 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical - cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sămbătă și duminică, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 7 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada că toată durata programului de activitate solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate anatomie patologică. Pentru furnizorii care doresc să desfășoare activitate în relație cu casa de asigurări de sănătate și în zilele de sămbătă și duminică, programul pentru aceste zile poate fi mai mic de 6 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici de specialitate anatomie patologică care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv.

Să facă dovada, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).

În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizată și avizată o structură care efectuează examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, pe toată perioada de derulare a contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru fiecare dintre laboratoare/laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator pentru:

- subcriteriul a) "îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice
- subcriteriul b) "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale" - pentru minim 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice.

Numărul total de analize cuprinse în lista investigațiilor medicale paraclinice este de 90.

6. Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale documente prin care producătorul de aparatură de laborator, reactivi și consumabile, certifică respectarea standardului SR EN ISO 13485:2003 sau SR EN ISO 13485 dintr-un an ulterior anului 2003 pentru toate aparatelor, reactivii și consumabilele utilizate pentru serviciile medicale paraclinice ce fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări desanătate.

7.Precizati care este numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie pentru asigurarea calității asistenței medicale pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, asa cum sunt mentionate in Hotărârea nr. 696/2021. - 3 puncte

Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800.

8.Enumerati cel putin 15 obligatii ale furnizorilor de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare - 15 puncte

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și de reabilitare au 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;

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare; informațiile privind pachetul 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;

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;

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefante 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;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

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 corespondentul denumirilor comune internaționale aprobat prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să île 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 medicină fizică și de reabilitare poate elibera prescripție medicală 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;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri palliative la domiciliu, numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme;

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

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 norme, 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;

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;

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;

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

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 Hotărârea Guvernului 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 aprobatarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor;

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 împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată;

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 aceleși 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;

I) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatiche din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

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;

o) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asigurașilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția afecțiunilor prevăzute în norme. Lista cuprinzând afecțiurile ce permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de medicină fizică și de reabilitare se stabilește prin norme. 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, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistență 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 cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenii sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistență medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate, precum și periodicitatea seriilor specifice de care are nevoie asiguratul; 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 norme;

q) 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;

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

s) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

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;

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;

ț) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate unar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

u) 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 împlineste în a treia 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/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și (1^1) 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;

v) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. u), 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 treia 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;

w) să întocmească evidențe distințe 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 distințe ale cazurilor prezентate 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;

x) 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 protocoalelor terapeutice aprobată prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 sau că medicamentul este produs biologic;

y) 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 reînarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației.

9. Precizați perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele în afecțiuni acute, subacute, pentru bolnavii cu afecțiuni cornice, pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, asa cum sunt mentionate in Hotărârea nr. 696/2021.

-10 puncte

(9) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă,

medicii de familie/medicii de specialitate din specialităile clinice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și medicii din spital la externarea asiguratului, pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioadă fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

10.Care sunt factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt asa cum prevede Ordinul nr. 1068/627/2021? – 10 puncte

Factorii de care trebuie să se țină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) severitatea semnelor și simptomelor prezентate de pacient;
 - b) predictibilitatea medicală a unei evoluții negative, nedorite a pacientului;
 - c) nevoia pentru și disponibilitatea analizelor/investigațiilor diagnostice;
 - d) epuizarea resurselor diagnostice și terapeutice în celealte domenii de asistență medicală.
4. Pacienții care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afectiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezентate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.
5. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament și monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu și în spitalizarea de zi, după caz.