

## Barem corectare

### Probă scrisă

Pentru Functia publica de executie vacanta:  
CONSILIER, CLASA I, grad profesional SUPERIOR, ID  
386751, Compartiment Serviciul Medical.

Intrebări:

Varianta 1

1) Care sunt categoriile de persoane asigurate conform Art. 222 din Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare;

#### SECȚIUNEA 1

##### Persoanele asigurate

#### ART. 222

##### (1) Sunt asigurați, potrivit prezentei legi:

- a) toți cetățenii români cu domiciliul în țară și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi;
- b) cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi;
- c) cetățenii statelor membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care nu dețin o asigurare încheiată pe teritoriul altui stat membru care produce efecte pe teritoriul României, care au solicitat și au obținut dreptul de rezidență în România, pentru perioadă de peste 3 luni, și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi;
- d) persoanele din statele membre ale UE, SEE și Confederației Elvețiene care îndeplinesc condițiile de lucrător frontalier și anume desfășoară o activitate salariată sau independentă în România și care rezidă în alt stat membru în care se întoarce de regulă zilnic ori cel puțin o dată pe săptămână și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi;
- e) pensionarii din sistemul public de pensii care nu mai au domiciliul în România și care își stabilesc reședința pe teritoriul unui stat membru al UE, al unui stat aparținând SEE sau al Confederației Elvețiene, respectiv domiciliul pe teritoriul unui stat cu care România aplică un acord bilateral de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate și care fac dovada plății contribuției la fond, în condițiile prezentei legi.

Literele a-e . 5 litere X 6 puncte = 30 puncte

-30 puncte

**2) Ce se intelege prin egalitatea de sanse si de tratament intre femei si barbati in relatiile de munca potrivit Legii 202/2002 privind egalitatea de sanse si de tratament intre femei si barbati?**

**ART. 7**

(1) Prin egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă se înțelege accesul nediscriminatoriu la:

- a) alegerea ori exercitarea liberă a unei profesii sau activități; -2 p
- b) angajare în toate posturile sau locurile de muncă vacante și la toate nivelurile ierarhiei profesionale; - 2 p
- c) venituri egale pentru muncă de valoare egală; -2 p
- d) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională, inclusiv ucenicia; -2 p
- e) promovare la orice nivel ierarhic și profesional; -2 p
- f) condiții de încadrare în muncă și de muncă ce respectă normele de sănătate și securitate în muncă, conform prevederilor legislației în vigoare, inclusiv condițiile de concediere; -2 p
- g) beneficii, altele decât cele de natură salarială, precum și la sistemele publice și private de securitate socială; -2 p
- h) organizații patronale, sindicale și organisme profesionale, precum și la beneficiile acordate de acestea; -2 p
- i) prestații și servicii sociale, acordate în conformitate cu legislația în vigoare. -2 p

(2) În conformitate cu prevederile alin. (1), de egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă beneficiază toți lucrătorii, inclusiv persoanele care exercită o activitate independentă, precum și soțiile/soții lucrătorilor independenți care nu sunt salariați/salariați sau asociați/asociați la întreprindere, în cazul în care acestea/aceștia, în condițiile prevăzute de dreptul intern, participă în mod obișnuit la activitatea lucrătorului independent și îndeplinesc fie aceleași sarcini, fie sarcini complementare. -1 p

(3) Prevederile prezentei legi se aplică tuturor persoanelor, funcționari publici și personal contractual din sectorul public și privat, inclusiv din instituțiile publice, cadrelor militare din sectorul public, precum și celorlalte categorii de persoane al căror statut este reglementat prin legi speciale. -1 p

**Literele a-i . 5 litere X 2 puncte = 18 puncte**

**Punctele(2)si (3) x 1 puncte = 2 puncte**

**-20 puncte**

**3). Casele de asigurări de sănătate, prin direcțiile și structurile de specialitate, au in conformitate cu ORDINUL Nr. 180/2022 din 30 martie 2022 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2022 și 2023, următoarele responsabilități:**

**CAPITOLUL V**

**RESPONSABILITĂȚILE/OBLIGAȚIILE SPECIFICE ÎN DERULAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE art 40**

a) răspund de asigurarea, urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;

b) realizează, pentru fiecare unitate de specialitate și cumulativ la nivelul casei de asigurări de sănătate, analiza și monitorizarea derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative prin indicatorii fizici și de eficiență realizați transmiși de unitățile de specialitate;

c) raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, sumele alocate de acestea pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, sumele utilizate de unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis care derulează programe, precum și indicatorii fizici și de eficiență realizați, conform machetelor prevăzute la art. 18;

d) anual persoana/persoanele de la nivelul casei de asigurări de sănătate responsabilă/responsabile cu programele de sănătate și implicată/implicate în completarea, analiza și transmiterea indicatorilor fizici și de eficiență prevăzuți la lit. c) va/vor participa la analiza și evaluarea indicatorilor raportați în anul precedent;

e) evaluează și fundamentează, în raport cu numărul de bolnavi eligibili, consumurile lunare și stocurile de medicamente/materiale sanitare specifice, după caz, necesarul de fonduri pentru asigurarea tratamentului bolnavilor incluși în programe/subprograme naționale de sănătate, inclusiv a tratamentului cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor notate cu (\*\*)<sup>1</sup>, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a tratamentului cu medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum;

f) analizează și validează prescripțiile medicale eliberate în farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, în vederea decontării ulterioare precum și DCI-urile ce fac obiectul contractelor - cost volum;

g) monitorizează consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, cu evidențe distincte pentru DCI-urile notate cu (\*\*)<sup>1</sup>, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

h) analizează și validează în vederea decontării investigațiile medicale paraclinice efectuate și raportate în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale paraclinice;

i) repartizează unităților de specialitate fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative în funcție de analiza indicatorilor fizici și de eficiență realizați comparativ cu cei prevăzuți, precum și de stocurile existente, analiză efectuată împreună cu coordonatorii județeni/coordonatorii unităților sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative;

j) publică pe site-ul propriu, pe fiecare program/subprogram/activitate, lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice.

10 raspunsuri a cate 3 puncte fiecare

**4). Care sunt termenul, condițiile și modalitățile în care autoritățile și instituțiile publice au obligația să răspundă la solicitarea informațiilor de interes public?**

LEGE Nr. 544 din 12 octombrie 2001

privind liberul acces la informațiile de interes public

ART. 7

a) Autoritățile și instituțiile publice au obligația să răspundă în scris la solicitarea informațiilor de interes public în termen să răspundă în scris la solicitarea informațiilor de interes public în termen **de 10 zile sau, după caz, în cel mult 30 de zile de la înregistrarea solicitării**, în funcție de dificultatea, complexitatea, volumul lucrărilor documentare și de urgența solicitării – 2 pct

b) În cazul în care durată necesară pentru identificarea și difuzarea informației solicitate depășește 10 zile, răspunsul va fi comunicat solicitantului în maximum 30 de zile, cu **condiția înștiințării acestuia** în scris despre acest fapt în termen de 10 zile.- 2 pct

c) Refuzul comunicării informațiilor solicitate se motivează și se comunică în termen de 5 zile de la primirea petițiilor. .- 2 pct

d) Solicitarea și obținerea informațiilor de interes public se pot realiza, dacă sunt întrunite condițiile tehnice necesare, și în format electronic. .- 2 pct

e) Informațiile de interes public solicitate verbal se comunică în cadrul unui program minim stabilit de conducerea autorității sau instituției publice, care va fi afișat la sediul acesteia și care se va desfășura în mod obligatoriu în timpul funcționării instituției, incluzând și o zi pe săptămână, după programul de funcționare. .- 2 pct

10 pct

**5) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie:**

- Cum se acorda, se raporteaza si se deconteaza serviciile medicale asigurate bolnavilor?

- cum se elibereaza medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale online și offline în cadrul programelor naționale de sănătate curative?

**HOTĂRÂRE Nr. 423/2022 din 25 martie 2022  
privind aprobarea programelor naționale de sănătate ART. 25**

În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe pagina de internet proprie, serviciile medicale asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim offline.

Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor acordate în regim offline pe perioada întreruperii funcționării PIAS și a serviciilor acordate offline anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract. -5 pct.

În situația producerii unor întreruperi în funcționarea PIAS constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe pagina de internet proprie, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea eliberează în sistem offline medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale online și offline, în condițiile prevăzute de normele tehnice. În aceste situații medicamentele sau materialele sanitare prescrise **nu se eliberează fracționat.**

Transmiterea în PIAS, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în regim offline pe perioada întreruperii funcționării PIAS se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.-5 pct.

Comisia de concurs,

Apostol Daniela

Haba Maricica

Samoila Corneliu



Secretar comisie concurs

Ec. Afrăsînei Cătălina Mihaela

