

BAREM VARIANTA 2

Set subiecte 2 SEC

1. 1. Veniturile fondului nu pot fi utilizate pentru

- a) plata serviciilor medicale
- b) achiziționarea aparatului medical
- c) acoperirea cheltuielilor de administrare, funcționare și de capital ale CNAS

2. Identificați care dintre următoarele servicii medicale nu se decontează din fond

- a) serviciile hoteliere pentru persoana care însoțește copilul internat în vîrstă de până la 3 ani
- b) intervențiile chirurgicale oncologice de reconstrucție mamări prin endoprotezare
- c) servicii medicale solicitate de asigurat

3. Identificați categoriile de persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției

- a) persoanele cetățeni români, victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 24 luni
- b) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni
- c) donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient înrudit sau neînrudit, pentru o perioadă de 10 luni de la donare

4. Identificați categoriile de persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției

- a) toți tinerii cu vîrstă de 26 ani
- b) copiii până la vîrstă de 18 ani
- c) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, pe perioadă nelimitată

5. Constituirea fondului de asigurări sociale de sănătate se face din

- a) sumele din veniturile proprii ale Ministerului Finanțelor
- b) din subvenții de la bugetul asigurărilor sociale de stat
- c) sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizații de punere pe piață

6. Identificați care sunt principiile pe baza cărora se realizează obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate

- a) alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale
- b) participarea facultativă la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea fnuass
- c) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, tuturor cetățenilor români cu domiciliul sau reședința în țară, fie ei asigurați sau neasigurați

7. Asigurații au următoarele drepturi

- a) să beneficieze de servicii medicale de urgență
- b) să fie înscrisi pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, numai dacă medicul este din aceeași localitate de reședință cu asiguratul
- c) să își schimbe medicul de familie ales doar cu consumul prealabil al acestuia

8. Următoarele categorii de persoane sunt scutite de la coplată și beneficiază de asigurare fără plata contribuției

- a) personalul monahal al cultelor recunoscute
- b) persoanele cu handicap
- c) persoanele cetățeni români care sunt victime ale traficului de persoane

9. Conform OG 27, Care dintre următoarele fapte constituie abateri disciplinare

- a) primirea directă de la petiționar a unei petiții, în vederea rezolvării, fără să fie înregistrată și fără să fie repartizată de

șeful compartimentului de specialitate

- b) expedierea răspunsului către petiționar prin poșta electronică
- c) clasarea petiției

10. Ordonanța 27 petițiile Care este termenul de soluționare a unei petiții?

- a) 10 zile de la data înregistrării
- b) 20 zile de la data înregistrării
- c) 30 zile de la data înregistrării

11. Conform OG 27/2022 privind petițiile, dreptul de petiționare este recunoscut

- a) doar cetățenilor români cu reședință în țară
- b) organizațiilor legal constituite
- c) doar pensionarilor din sistemul public de pensii

12. Conform OG 27 Cu cât se poate prelungi termenul de rezolvare a unei petiții?

- a) cu cel mult 10 zile, iar în domeniul energiei și gazelor naturale, cu cel mult 30 zile
- b) cu cel mult 15 zile, iar în domeniul energiei și gazelor naturale, cu cel mult 30 zile
- c) cu cel mult 20 zile, iar în domeniul energiei și gazelor naturale, cu cel mult 30 zile

13. Conform Ordinului 1857/441/2023 Norme ANEXA 8. Care este scopul pentru care medicul specialist solicită servicii conexe actului medical

- a) sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice
- b) sunt obligatorii în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice
- c) serviciul conex se acordă în cadrul aceluiași tarif pe serviciul medical și este o componentă a acestuia

14. Conform Ordinului 1857/441/2023 Norme ANEXA 8. Precizați tariful de decontare a contravalorii consultațiilor la distanță pentru afecțiunile cronice

- a) diminuat cu 20% față de cel aferent consultațiilor la cabinetul medical
- b) majorat cu 20% față de cel aferent consultațiilor la cabinetul medical
- c) același ca cel aferent consultațiilor la cabinetul medical

15. Conform Ordinului 1857/441/2023 Norme ANEXA 8. Precizați în care dintre următoarele condiții serviciile medicale se decontează de casa de asigurări de sănătate

- a) serviciile sunt efectuate în cabinetele medicale în care medicii își desfășoară activitatea și interpretate de către personalul medical care prestează servicii conexe
- b) serviciile sunt efectuate în cabinetele medicale în care medicii își desfășoară activitatea și interpretate de către alt medic specialist, în funcție de competențe
- c) serviciile sunt efectuate în cabinetele medicale în care medicii își desfășoară activitatea și interpretate de către aceștia

BAREM

Se acordă câte 2 puncte pentru fiecare grilă rezolvată corect - doar o variantă este corectă

- 1. b)
- 2.c)
- 3.b)
- 4.b)
- 5.c)
- 6.a)
- 7.a)
- 8.c)
- 9. a)
- 10.c)
- 11.b)
- 12.b)
- 13. a)
- 14. c)
- 15.c)

2. 1. Conform Ordinului 106/32/2015, În care dintre situații decizia de evaluare este revocată
- a) modificarea sediului social nelucrativ al furnizorului
 - b) schimbarea reprezentantului legal al furnizorului
 - c) revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare a furnizorului
2. Conform Ordinul MS/CNAS nr. 106/32/2015, comisia de evaluare de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate județene
- a) modifică regulelul cadru de organizare și funcționare a comisiei de evaluare
 - b) evaluatează furnizorii aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate
 - c) revocă reprezentanții comisiei naționale
3. Conform Ordinului 106/32/2015, care este obiectul de activitate al comisiei de evaluare al unei case de asigurări de sănătate județene
- a) rezolvarea contestațiilor referitoare la procesul de evaluare, cnf cadrului legal
 - b) evaluatează numai furnizorii aflați în contract exclusiv cu respectiva casă de asigurare de sănătate județeană
 - c) evaluatează numai spitalele care își desfășoară activitatea conform structurii aprobate de MS
4. Conform Ordinului 106/32/2015, ce documente conține dosarul de evaluare
- a) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor
 - b) dovada deținerii spațiului sediului social nelucrativ al furnizorului
 - c) dovada deținerii spațiului în care furnizorul își desfășoară activitatea pentru care se solicită evaluarea
5. Conform Ordinului 106/32/2015, care este termenul de analiză a unui dosar de evaluare
- a) maxim 30 zile lucrătoare de la depunerea cererii
 - b) maxim 30 zile calendaristice de la depunerea unei documentații complete
 - c) minim 30 zile lucrătoare de la depunerea tuturor documentelor
6. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Pentru informațiile solicitate verbal
- a) se pot furniza pe loc informațiile solicitate
 - b) nu se furnizează informații solicitate verbal
 - c) va fi comunicat răspuns în cel mult 48 ore
7. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Care dintre următoarele informații sunt considerate de interes public
- a) informațiile cu privire la datele personale, potrivit legii
 - b) sursele financiare ale instituției publice
 - c) informațiile a căror publicare prejudiciază măsurile de protecție a tinerilor
8. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Accesul la informațiile publice se face
- a) din oficiu, de către autoritatea publică
 - b) doar la cererea persoanelor interesate, prin intermediul compartimentelor din structura organizatorică a instituției publice
 - c) doar la cererea altor instituții publice
9. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Prin informație de interes public se înțelege
- a) orice informație privind exclusive compartimentul pentru relații publice
 - b) orice informație privind o persoana fizică identificată sau identificabilă
 - c) orice informație care privește activitățile unei instituții publice, indiferent de suportul ori de forma sau de modul de exprimare a informației
10. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Care dintre următoarele informații sunt exceptate de la accesul liber al cetățenilor
- a) informațiile care privesc interesele economice și politice ale României, indiferent dacă fac parte din categoriile informațiilor clasificate
 - b) informațiile din domeniul apărării naționale indiferent dacă fac parte din categoriile informațiilor clasificate
 - c) informațiile din domeniul apărării naționale dacă fac parte din categoriile informațiilor clasificate

BAREM

Se acordă câte 2 puncte pentru fiecare grilă rezolvată corect - doar o variantă este corectă:

- 1. c)
- 2.b)
- 3.a)
- 4.c)
- 5.b)
- 6. a)
- 7. b)
- 8. a)
- 9. c)
- 10. c)

3.

1. Conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, care dintre următoarele enunțuri nu reprezintă o obligație a caselor de asigurări de sănătate:

- a) Să verifice acordarea serviciilor medicale, conform cotractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale.
- b) Să prezinte anual Guvernului un raport de activitate, precum și planul de activitate pentru anul următor.
- c) Să verifice prescrierea și eliberarea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare.

2. Conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, care dintre următoarele servicii medicale nu sunt suportate din Fondul Național Unic de Asigurari de Sanatate:

- a) Asistența medicală la cerere.
- b) Servicii medicale acordate persoanei bolnave pâna la diagnosticarea afecțiunii: anamneza, examen clinic, examene de investigații paraclinice.
- c) Servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

3. Identificați care dintre următoarele enunțuri reprezinta un drept a asiguraților, conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată:

- a)să anunte medicul de familie ori de cate ori apar modificări în starea lor de sănătate.
- b)să beneficieze de dispozitive medicale.
- c)să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata, în condițiile stabilite prin contractul-cadru.

4. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, cabinetele de medicină dentară își stabilesc programul zilnic de activitate:

- a) minim 5 zile pe săptămână, în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.
- b) minim 5 zile pe săptămână, în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 5 ore/zi la cabinet.
- c) minim 3 zile pe săptămână, în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.

5. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, în localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de:

- a) 800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie.
- b) 1800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie.
- c) 1000, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie.

6. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, un medic de familie cu listă proprie:

- a) figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.
- b) figurează în mai multe contracte la mai mulți furnizori de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.
- c) figurează în mai multe contracte la mai mulți furnizori de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu mai multe case de asigurări de sănătate.

7. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 10 de zile calendaristice.
- b) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 10 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale.
- c) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale.

8. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii imedicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, în cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii:

- a) se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.
- b) se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.
- c) se aplică drept sancțiune la prima constatare, avertisment scris.

9. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure:

- a) minimum 30 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână.
- b) minimum 25 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână.
- c) minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână.

10. Conform HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și compeltările ulterioare, pentru asigurarea calității asistenței medicale se are în vedere un număr maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie de:

- a) 2.200.
- b) 2.000.
- c) 1.800.

BAREM

Se acordă câte 2 puncte pentru fiecare grilă rezolvată corect - doar o variantă este corectă:

- 1-b
- 2-a
- 3-b
- 4-a
- 5-a
- 6-a
- 7-c
- 8-a
- 9-c
- 10-a

4. Enumerați care sunt documentele necesare încheierii contractului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform HG nr.521/2023

BAREM

Se acorda pentru 14 documente * 1,40 puncte per document
se acorda pentru precizarea ca documentele se transmit in format electronic semnate cu semnatura electronica a reprezentantului legal 0,40 pcte

5. Descrieți situațiile în care se revocă sau încetează valabilitatea deciziei de evaluare, potrivit prevederilor Ordinului 106/32/2015

BAREM

Se acorda pentru 5 situatii * 2 pcte per situatie

COMISIE CONCURS
Președinte - TOPALĂ BIANCA CLEMENTINA
Membru - RAȚĂ ADNANA IOANA
Membru - CHIȘCĂ CEZARA