

BAREM VARIANTA 1

Lucrare scrisă la concursul de recrutare pentru ocuparea funcției publice de execuție vacante - consilier, clasa I, grad profesional superior- ID 386533 din cadrul Biroului Decontare Asistență Primară

1. 1. Prezentați 5 documente necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, conform art. 6 din Anexa 2 - Contractul-Cadru, al Hotărârii nr. 521/2023, 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 de sănătate

BAREM

Anexa 2 a Ordinului MS/CNAS nr. 1857/441/2023, Capitolul I – Asistență medicală primară, Secțiunea 2, Art. 6, din Hotărârea nr. 521/2023 - 20 puncte

Art. 6 - ((1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente: a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală; 2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor art. 249 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare legale în vigoare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului. Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au această obligație și au optat să se acrediteze; c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii; d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz; e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și a societăților cu răspundere limitată cu un singur medic angajat; f) lista, asumată prin semnătură electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului; g) programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevăzut în norme; h) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale; i) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical; j) certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, denumit în continuare OAMGMAMR, pentru asistentul medical/sora medicală/moașa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical. k) lista bolnavilor cu afecțiuni cronice înscrși pe lista medicului de familie.

2. 1. Potrivit Hotărârii nr. 521/2023 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, medicii, pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să dețină:

- a) autorizație de punere pe piață
- b) semnătura electronică extinsă/calificată
- c) autorizație de funcționare
- d) autorizație de funcționare

2.2. Conform Hotărârii nr. 521/2023 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 persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.830 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă:

- a) acestea au fost recomandate de către medici aflați în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate ca și medicul prescriptor
- b) acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate
- c) acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme.
- d) acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale eliberată de către medicul de specialitate al cărei model este prevăzut în norme

2.3. Conform Hotărârii nr. 521/2023 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, medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială încheie convenție de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de:

- a) maximum 6 luni
- b) minimum 6 luni
- c) minimum 12 luni
- d) maximum 12 luni

2.4. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, conform Hotărârii nr. 521/2023 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:

- a) medicul de familie nu poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital.
- b) medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital
- c) medicul de familie poate prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații
- d) medicul de familie poate prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate

2.5. Conform Hotărârii nr. 521/2023 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, medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care:

- a) nu respectă modelul prevăzut în norme
- b) este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate.
- c) este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești,
- d) este eliberată de medici primari care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate

BAREM

- 2.1 – B – 4 pct
- 2.2 – C – 4 pct
- 2.3 – A – 4 pct
- 2.4 – B – 4 pct
- 2.5 – AB – 4 pct

3. 1. Potrivit Ordinului nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 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, republicată cu modificările și completările ulterioare, în situația în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200 și numărul de puncte "per capita"/an depășește 22.000 puncte, numărul de puncte ce depășește acest nivel se reduce după cum urmează:

- a) cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 26.000
- b) cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 26.000
- c) cu 50%, când numărul de puncte "per capita"/an este de peste 22.001
- d) cu 25%, când numărul de puncte "per capita"/an este cuprins între 22.001 - 25.000

3.2. Potrivit Ordinului nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 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, republicată cu modificările și completările ulterioare, valoarea garantată a unui punct per capita, a unui punct pe serviciu medical, respectiv valoarea garantată a unui punct pe serviciu medical diagnostic și terapeutic sunt calculate de:

- a) CASMB
- b) CNAS
- c) Ministerul de Finanțe
- d) DSP

3.3. Potrivit Ordinului nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 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, republicată cu modificările și completările ulterioare, pachetul de servicii medicale de bază în asistență medicală primară, consultațiile la domiciliu se acordă:

- a) asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate
- b) la cererea asiguraților
- c) copiilor 0 - 1 an
- d) copiilor 0 - 7 ani

3.4. Potrivit Ordinului nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 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, republicată cu modificările și completările ulterioare, pachetul de servicii medicale de bază în asistență medicală primară, consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel:

- a) maximum două consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cornice
- b) maximum patru consultații pentru fiecare episod acut/subacut/acutezări ale bolilor cornice
- c) maximum o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice/asigurat
- d) maximum două consultații pe lună pentru toate afecțiunile cronice/asigurat

3.5. Potrivit Ordinului nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 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, republicată cu modificările și completările ulterioare, pachetul de servicii medicale de bază în asistență medicală primară, câte consultații se pot acorda la domiciliu de către un medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise

- a) maximum 42 de consultații pe lună
- b) minimum 42 de consultații pe lună
- c) minimum 24 de consultații pe lună
- d) maximum 24 de consultații pe lună

BAREM

- 3.1 – B – 4 pct
- 3.2 – B – 4 pct
- 3.3 – AC – 4 pct
- 3.4 – AC – 4 pct
- 3.5 – A – 4 pct

4. 1. Legile bugetare anuale pot fi modificate în cursul exercițiului bugetar prin legi de rectificare,

- a) elaborate cel mai devreme până la data de 30 noiembrie.
- b) elaborate la data de 30 noiembrie
- c) elaborate cel mai târziu până la data de 30 noiembrie
- d) elaborate cel mai târziu până la data de 30 decembrie

4.2. Rezultatele fiecărui exercițiu bugetar se aprobă prin:

- a) legea privind contul general anual de execuție a bugetului de stat;
- b) legea privind contul general anual de execuție a bugetului asigurărilor sociale de stat.
- c) legea privind contul general semestrial de execuție a bugetului de stat
- d) legea privind contul general anual aprobat a bugetului de stat

4.3. În cadrul legilor bugetare anuale se includ următoarele:

- a) legea bugetului aprobată anual, legea de rectificare a bugetului de stat;
- b) legea bugetului asigurărilor sociale aprobată anual, legea de rectificare a bugetului asigurărilor sociale de stat
- c) legea bugetului de stat, legea de rectificare a bugetului de stat;
- d) legea bugetului asigurărilor sociale de stat, legea de rectificare a bugetului asigurărilor sociale de stat

4.4. Potrivit Legii nr. 500/2002, privind finanțele publice, arieratele reprezintă

- a) plăți restante cu o vechime mai mare de 30 de zile, calculată de la data scadenței
- b) plăți restante cu o vechime mai mare de 60 de zile, calculată de la data scadenței
- c) plăți restante cu o vechime mai mare de 90 de zile, calculată de la data scadenței
- d) plăți restante cu o vechime mai mică de 30 de zile, calculată de la data scadenței

4.5. Potrivit Legii nr. 500/2002, privind finanțele publice, deficitul bugetar reprezintă

- a) parte a cheltuielilor bugetare ce depășește veniturile bugetare într-un semstru bugetar
- b) parte a cheltuielilor bugetare ce depășește veniturile bugetare într-un trimestru bugetar
- c) parte a cheltuielilor bugetare ce depășește veniturile bugetare într-un an bugetar
- d) parte a cheltuielilor bugetare ce depășește veniturile bugetare într-o luna calendaristică

BAREM

4.1 – C – 4 pct

4.2 – AB – 4 pct

4.3 – CD – 4 pct

4.4 – C – 4 pct

4.5 – C – 4 pct

5. 1. Conform prevederilor art. 8 din Legea 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, pentru prevenirea și eliminarea oricăror comportamente, definite drept discriminare bazată pe criteriul de sex, angajatorul are următoarele obligații:

- a) să informeze imediat organele de control abilitate în cazul aplicării în mod discriminatoriu legislației privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați
- b) să asigure egalitatea de șanse și de tratament între angajați, femei și bărbați, în cadrul relațiilor de muncă de orice fel, inclusiv prin introducerea de dispoziții pentru interzicerea discriminărilor bazate pe criteriul de sex în regulamentele de organizare și în regulamentele interne ale unităților
- c) să prevadă în cadrul legislației de funcționare general sancțiuni disciplinare, în condițiile prevăzute de lege, pentru angajații care încalcă normele personale a altor angajați prin crearea de medii degradante, de intimidare, de ostilitate, de umilire sau ofensatoare
- d) să informeze Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării dacă se constată nerespectări ale legislației privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați

5.2. Prin hărțuire psihologică se înțelege, conform art. 4 lit. d¹) din Legea nr. 202/2002, privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați:

- a) orice comportament necorespunzător care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care ar putea afecta personalitatea, demnitatea sau integritatea fizică ori psihologică a unei persoane
- b) situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor
- c) orice comportament în care se manifestă o presiune psihologică constantă și care are loc într-o perioadă, și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care ar putea afecta personalitatea, demnitatea sau integritatea fizică ori psihologică a unei persoane
- d) situația în care se manifestă un comportament nedorit cu implicații asupra integrității psihologice a individului, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor

5.3. Conform art. 4 lit. b) din Legea nr. 202/2002, privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați prin discriminare indirectă se înțelege:

- a) situația în care o dispoziție, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această dispoziție, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare
- b) situația în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor
- c) situația în care se manifestă un comportament jignitor, ce afectează integritatea fizică și emoțională a individului prin raportare la sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor
- d) situația sau o practică, prin care se crează un cadru nefaimător care ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex sau identificare de gen, în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare

5.4. Potrivit art. 2 al Legii 202/2002 la nivelul instituției/companiei, din perspectiva domeniului specific al fiecărei entități în care își desfășoară activitatea, expertul/tehnicianul în egalitatea de șanse sau persoana desemnată cu atribuții în domeniul egalității de șanse și de tratament între femei și bărbați are următoarele atribuții principale:

- a) formulează propuneri în vederea dezvoltării programelor în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați, în concordanță cu contextului de risc care ar putea conduce la încălcarea principiului egalității de șanse între femei și bărbați;
- b) recomandă soluții în vederea respectării principiului egalității de șanse între femei și bărbați și sesizează organele abilitate în cazul în care se constată încălcări ale confidențialității;
- c) acordă consultanță de specialitate pentru aplicarea prevederilor legislației naționale și comunitare în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați.
- d) propune măsuri privind asigurarea egalității de șanse și evaluează impactul asupra mediului

5.5. Potrivit prevederilor legislative cuprinse la art. 7 din Legea 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, prin egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă se înțelege accesul nediscriminatoriu la:

- a) informare și consiliere profesională, programe de perfecționare și calificare
- b) prestații și servicii sociale pentru rudele de gradul I și II, acordate în conformitate cu legislația în vigoare
- c) angajare în toate posturile sau locurile de muncă vacante și la toate nivelurile ierarhiei profesionale
- d) informare și consiliere profesională continuă prin acces la programe de inițiere, calificare și perfecționare

BAREM

5.1 – B– 4 pct
5.2 – A – 4 pct
5.3 – A – 4 pct
5.4 – C – 4 pct
5.5 – C – 4 pct

COMISIE CONCURS
Presedinte - ZUGRAVU PAUL MARIAN
Membru - CALIȚA MARIUS REMUS
Membru - ICONARU ANCUȚA