

1. Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare și cuprind:
  - a) servicii de medicină dentară;
  - b) consultații și tratamente stomatologice;
  - c) consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă.
  
2. Din lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraților prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) pentru care nu este necesară închiderea fișei de spitalizare de zi după fiecare vizită(zi) fac parte:
  - a) coxartroza și gonartroza;
  - b) chimioterapie, litotritie;
  - c) alte anemii prin carentă de fier.
  
3. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este cel negociat cu:
  - a) Ministerul Sănătății și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate;
  - b) Casele de Asigurări de Sănătate;
  - c) toți furnizorii de servicii medicale.
  
4. În FOCG cine completează, semnează și parafează diagnosticul la 72 de ore:
  - a) medicul șef secție și medicul de gardă;
  - b) medicul curant;
  - c) medicul șef secție și medicul curant.
  
5. Pentru pacienții beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă sau de zi furnizorii de servicii medicale:
  - a) solicită bilet de internare;
  - b) nu solicită bilet de internare;
  - c) solicită bilet de internare, scrisoare medicală și actele de identitate.
  
6. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:
  - a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care are acest potențial până la rezolvarea situației de urgență; boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului; nașterea;
  - b) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare;
  - c) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare, nașterea.
  
7. Ce fel de document este Cardul European:
  - a) este un document care conferă titularului asigurat toate drepturile la serviciile medicale necesare în cadrul unei sederi temporare într-un stat membru al UE
  - b) este un document care conferă titularului asigurat dreptul de a beneficia de servicii medicale de urgență, necesare în cadrul unei sederi temporare într-un stat membru al UE
  - c) este un document care permite sederea titularului asigurat în această țară.
  
8. În cadrul serviciilor medicale în asistență medicală ambulatorie pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, pentru efectuarea unor manevre terapeutice se acordă:
  - a) maximum două consultații
  - b) minimum două consultații
  - c) maximum trei consultații.
  
9. Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplatii astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare de zi, in sectiile/ compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate;

b) pentru serviciile medicale acordate In regim de spitalizare continua si de zi, in sectiile/compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate;

c) pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare continua, in sectiile/compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

10. Cine utilizeaza DES?:

a) furnizorii de servicii medicale care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate;

b) furnizorii de servicii medicale care nu se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, precum si medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la acestia;

c) toti furnizorii de servicii medicale.

11. Decontarea lunara in limita sumei contractate spitalizare de zi, se face in functie de:

a) numarul de cazuri externate, raportate si validate, prevazut in anexa nr. 22 la ordin;

b) numarul de cazuri/servicii raportate si validate, tariful negociat pe serviciu/caz rezolvat;

c) numarul de cazuri externate si raportate, prevazut in anexa nr. 22 la ordin.

12. Pachetul de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

a) consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala, consultatii pentru supravegherea si depistarea de boli cu potential endemo-epidemic;

b) consultatii pentru supravegherea si depistarea de boli cu potential endemo-epidemic;

c) consultatii de supraveghere a evolutiei sarcinii si leuziei, consultatii pentru supravegherea si depistarea de boli cu potential endemo-epidemic, consultatii pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala.

13. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, se deconteaza:

a) maximum trei consultatii pentru: urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii; efectuarea unor manevre terapeutice; dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului;

b) minim doua consultatii pentru: urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii; efectuarea unor manevre terapeutice; dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului;

c) maximum doua consultatii pentru: urmarirea evolutiei sub tratamentul stabilit in cursul internarii; efectuarea unor manevre terapeutice; dupa o interventie chirurgicala sau ortopedica, pentru examenul plagii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

14. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate in cadrul aceleiasi specialitati, se deconteaza pe un bilet de trimitere:

a) maximum 4 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna;

b) maximum 3 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna;

c) trei consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna.

15. Care este termenul de transmitere a datelor in DES?

a) 5 zile lucratoare;

b) 3 zile lucratoare;

c) 5 zile calendaristice.

16. Daca in biletul de trimitere este evidentiat "management de caz" pentru evaluarea bolilor cronice confirmate:

- a) se deconteaza maximum 2 consultatii/semestru;
- b) se deconteaza maximum 3 consultatii/semestru;
- c) se deconteaza maximum 4 consultatii/semestru.

17. In cadrul serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie pentru situatii de urgenta se acorda:

- a) o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata;
- b) o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgenta constatata, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, cu exceptia copiilor 0-18 ani pentru care se acorda maximum 2 consultatii;
- c) o singura consultatie per persoana pentru fiecare situatie de urgent constatata, pentru care nu s-a acordat primul ajutor sau care nu a fost rezolvata la nivelul cabinetului medical, cu exceptia copiilor 0-18 ani pentru care se acorda maximum 2 consultatii.

18. In cadrul serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta/acute ale bolilor cronice se acorda:

- a) maximum 3 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului;
- b) maximum 2 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului;
- c) minim 3 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului.

19. Pentru bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice este de:

- a) pana la 90 zile calendaristice;
- b) pana la 60 zile calendaristice;
- c) pana la 30 zile calendaristice.

20. Decontul de cheltuieli pentru serviciile medicale ambulatorii cuprinde:

- a) contravaloarea tarifelor serviciilor medicale ambulatorii, stabilite prin contractul-cadru si prin normele de aplicare a acestuia;
- b) contravaloarea tarifelor serviciilor medicale, stabilite prin contractul-cadru si prin normele de aplicare a acestuia;
- c) contravaloarea tarifelor serviciilor medicale spitalicesti (ambulatorii, paraclinice) stabilite prin contractul-cadru si prin normele de aplicare a acestuia.

21. Modelul decontului de cheltuieli pe care trebuie sa il primeasca pacientii carora furnizorul de servicii medicale le ofera servicii medicale ambulatorii este prezentat in:

- a) anexa nr. 2 la ordinul nr. 1100/2005;
- b) anexa nr. 1 la ordinul nr. 1100/2005;
- c) anexa nr. 3 la ordinul nr. 1100/2005.

22. Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice - examinari histopatologice si citologice are termen de valabilitate:

- a) 30 de zile calendaristice;
- b) 60 de zile calendaristice;
- c) 90 de zile calendaristice.

23. Biletul de trimitere pentru investigatii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidentiat "management de caz", are o valabilitate:

- a) pana la 90 zile calendaristice;
- b) pana la 60 zile calendaristice;
- c) pana la 30 zile calendaristice.

24. Biletul de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice - serviciile de inalta performanta (RMN, CT, scintigrafie si angiografie) este formular cu regim special, unic pe tara si are valabilitate:
- 30 de zile calendaristice;
  - 60 de zile calendaristice;
  - 90 de zile calendaristice.
25. Pentru spitalizarea de zi de tip "caz rezolvat" sectiunea "Servicii efectuate":
- nu se completeaza;
  - se codifica conform clasificarii RO DRG v.1, prevazuta in Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.199/2011 privind introducerea si utilizarea clasificarii RO DRG v.1;
  - se completeaza si se codifica conform Listei tabelare a bolilor conform clasificarii RO DRG v.1, prevazuta in Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.199/2011 privind introducerea si utilizarea clasificarii RO DRG v.1.
26. Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligatia:
- sa transmita zilnic casei de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
  - sa transmita zilnic casei de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regasesc in anexa nr. 17 la ordin;
  - sa transmita zilnic casei de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale clinice care nu se regasesc in anexa nr. 17 la ordin.
27. Procesul de confirmare a datelor pacientilor respecta regulile stabilite de:
- MS - Ministerul Sanatatii Publice;
  - CJAS - Casa Judeteana de Asigurari de Sanatate si CNAS - Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
  - SNSPMPDSB - Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti.
28. Retransmiterea cazurilor invalide pentru reconfirmare se face catre SNSPMPDSB :
- doar cu ocazia regularizarilor trimestriale;
  - doar cu ocazia cererii de validare a cazurilor invalide lunar;
  - doar in situatia in care comisia de analiza da un aviz nefavorabil.
29. Pana la ce data, Casa Nationala de Asigurari de Sanatate va primi de la Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti, denumita in continuare SNSPMPDSB, in format electronic, datele/informatiile de confirmare clinica si medicala a activitatii aferente lunii precedente, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate:
- lunar, pana la data de 7;
  - lunar, pana la data de 10;
  - lunar, pana la data de 5.
30. Cardul national emis prin sistemul unic integrat al asigurarilor sociale poate fi utilizat:
- pe teritoriul statelor membre ale Uniunii Europene;
  - pe teritoriul Romaniei;
  - pe teritoriul judetului in care are asiguratul domiciliul.
31. Pentru care tip de cazuri este necesara transmiterea electronica a datelor clinice la nivel de pacient:
- pentru spitalele finantate pe baza de caz rezolvat;
  - pentru pacientii carora li se intocmeste foaie de observatie clinica generala;
  - pentru toti pacientii cu exceptia celor internati la cerere.

32. In FOCG - diagnosticul la externare se completeaza si se codifica conform cu clasificarea RO DRG v.1 de catre:
- a) medicul de garda;
  - b) medicul curant;
  - c) medicul sef sectie.
33. Cum se face autentificarea pacientului sau a reprezentantului legal prin portalul DES ?
- a) utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate si a codului PIN asociat, precum si prin intermediul parolei de access sau utilizarea CID-ului sau a codului numeric personal, a matricei de securitate si a parolei de acces;
  - b) prin utilizarea CNP-ului precum si prin intermediul parolei de acces;
  - c) prin intermediul parolei de acces si a matricei de securitate.
34. SMDP inseamna:
- a) set minim de date paraclinice;
  - b) set minim de date la nivel de pacient;
  - c) standard minim de date.
35. Erorile in culegerea si raportarea datelor din SMDP genereaza:
- a) gruparea eronata a pacientilor;
  - b) interpretari corecte ale rezultatelor activitatii clinice;
  - c) informatii eronate pentru finantarea spitalelor de cronici.
36. In momentul prezentarii asiguratului in vederea programarii investigatiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a consemna pe versoul biletului de trimitere:
- a) data prezentarii, precum si faptul de a semna si stampila acest exemplar;
  - b) data programarii, precum si de a semna si stampila acest exemplar;
  - c) data prezentarii, data programarii, precum si faptul de a semna si stampila acest exemplar.
37. Biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice specifice pentru afectiunile cuprinse in unele programe nationale de sanatate: diabetul si bolile de nutritie precum si cele pentru afectiunile oncologice, au valabilitate :
- a) de pana la 60 de zile calendaristice;
  - b) de pana la 90 de zile calendaristice;
  - c) de pana la 30 de zile calendaristice.
38. Cum se pot verifica informatiile privind emiterea cardului national?
- a) in conditiile legii, informatiile minime privind emiterea cardului national de sanatate, sunt puse la dispozitie de Centrului National Unic;
  - b) in conditiile legii, informatiile minime privind emiterea cardului national de sanatate, sunt puse la dispozitie de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
  - c) prin intermediul serviciilor web sau prin intermediul unui instrument electronic care poate fi accesat pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>.
39. Care sunt entitatile care au acces la informatiile inscrise pe cardul national?:
- a) pacientul, furnizorii de servicii medicale, medicul de familie la care este inscris asiguratul, medicii specialisti, furnizorii de dispozitive medicale si furnizorii de medicamente;
  - b) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si casele de asigurari de sanatate, prin personalul autorizat in acest scop, medicul de familie la care este inscris asiguratul, medicii specialisti, furnizorii de dispozitive medicale si furnizorii de medicamente;
  - c) pacientul, medicul de familie la care este inscris asiguratul, medicii specialisti, farmacia.
40. Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distinct pentru cazurile:

- a) cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane si pentru cazurile ce reprezinta accidente de munca si boli profesionale;
- b) cazurile ce reprezinta accidente de munca si boli profesionale;
- c) cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care le-au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane.

41. Procedura de conectare la mediul de productie in vederea utilizarii DES este publica si accesibila online prin instrumentele puse la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, respectiv prin portalul DES la adresa :

- a) <http://www.siui.ro>;
- b) <http://www.des.ro>;
- c) <http://www.des-cnas.ro>.

42. Pentru acelasi episod de boala acuta/subacuta/acutizari ale bolilor cronice se acorda :

- a) maximum 3 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului;
- b) maximum 2 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului;
- c) minim 3 consultatii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului si a evolutiei cazului.

43. Utilizarea datelor din bazele de date, pentru publicare se face cu acordul:

- a) asistentului sef;
- b) managerului spitalului;
- c) fiecare utilizator poate folosi bazele de date daca pacientii sunt instiintati anterior.

44. Cine se considera ca este medic currant in sectiile medicale:

- a) medicul de garda;
- b) medicul sef de sectie;
- c) medicul care parafeaza externarea si stabileste diagnosticul la externare.

45. Pentru completarea FOCG sau FSZ la internare, registratorul introduce datele de identitate al pacientului pe baza :

- a) actelor oficiale: buletin de identitate, card national, pasaport;
- b) actelor oficiale: buletin de identitate, talon de pensie, certificat de nastere pentru copiii sub 15 ani (care nu au Inca buletin de identitate), pasaport, permis de conducere;
- c) actelor oficiale: certificat de nastere pentru copiii sub 15 ani (care nu au inca buletin de identitate), card european, pasaport.

46. Incepand cu luna mai 2015 spitalele vor raporta in format electronic setul minim de date la nivel de pacient, aferent pacientilor externati, Scolii Nationale de Sanatate Publica Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti pana in data de :

- a) 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;
- b) 4 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;
- c) 5 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea.

47. Datele codificate, cu caracter confidential, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise :

- a) in forma criptata, utilizandu-se mecanismul de criptare folosit in sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (cod de identificare al pacientului);
- b) In forma electronica, utilizandu-se mecanismul de transmitere folosit in sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului);
- c) in forma criptata, utilizandu-se mecanismul de criptare folosit in sistemul informatic utilizat de catre fiecare furnizor de servicii medicale pentru generarea CID-lui (vod de identificare al pacientului).

48. In completarea formularului privind Foaie de observatie clinica generala (FOCG), greutatea la nastere se completeaza la nou-nascutii si copiii cu varsta de:
- pana la 6 luni;
  - pana la 1 an;
  - pana la 3 ani.
49. Care este utilitatea DRG:
- statistica spitalului si finantarea spitalelor;
  - calcularea valorilor relative ale grupelor de diagnostice si finantarea spitalelor;
  - cresterea adresabilitatii pacientilor la nivelul spitalului privind diagnosticarea si finantarea spitalelor.
50. Incepand cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, in formatul valabil la momentul inchiderii/raportarii fisei/vizitei pana la data de 4 a lunii, datele necodificate, cu caracter confidential, specifice pacientului (numele si prenumele):
- vor fi transmise in forma criptata, utilizandu-se mecanismul de criptare folosit in sistemul informatic unic integrat (SIUD) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului);
  - vor fi transmise dupa codificarea lor, utilizandu-se mecanismul de codificare folosit in sistemul informatic unic integrat (SIUD);
  - nu vor fi transmise.
51. Serviciile de inalta performanta RMN, CT, scintigrafie si angiografie se acorda pe baza:
- scrisorii medicale emisa de medicul specialist;
  - biletului de trimitere emis de medicul specialist;
  - biletului de trimitere emis de medicul de familie.
52. Un pacient care prezinta card european de asigurat beneficiaza de servicii medicale spitalicesti numai daca criteriul de internare este:
- tratament medical;
  - urgenta medico-chirurgicala;
  - diagnosticul nu poate fi stabilit in ambulatoriul de specialitate.
53. Casa Nationala de Asigurari de Sanatate va primi de la Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti, denumita in continuare SNSPMPDSB, in format electronic, datele/informatiile de confirmare clinica si medicala a activitatii aferente lunii precedente, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate pana in data de :
- 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;
  - 7 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;
  - 15 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea.
54. Un episod de spitalizare continua reprezinta:
- perioada de spitalizare a unui pacient, in cadrul acei spital, fara intrerupere dar cu posibilitatea modificarii tipului de ingrijiri;
  - perioada de spitalizare a unui pacient, in cadrul acei spital, fara intrerupere si fara modificarea tipului de ingrijiri;
  - perioada de spitalizare a unui pacient, in cadrul acei spital, fara intrerupere atat pentru tipul de ingrijire acut cat si cronic sau recuperare.
55. In FOCG cine completeaza, semneaza si parafeaza diagnosticul la internare:
- medicul curant si medicul de garda;
  - medicul de garda;
  - medicul curant.

56. In cazul in care pe parcursul episodului de spitalizare de zi pacientul este internat in regim de spitalizare continua:
- nu se va inchide FSZ si se va deschide o FOCG;
  - se va inchide FSZ si se va deschide o FOCG;
  - se va deschide FSZ si se va inchide o FOCG.
57. Numarul FOCG al mamei se completeaza numai in:
- FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 1 an, chiar si cand mama nu este internata in acelasi spital;
  - FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 3 ani, cand mama este internata in acelasi spital;
  - FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 1 an, cand mama este internata in acelasi spital.
58. Care este numarul maxim de matrici privind securitate datelor si a informatiilor in DES, se pot emite pentru un pacient ?
- o matrice de securitate;
  - zece matrici de securitate;
  - un numar nelimitat.
59. Perioada de valabilitate a cardului european este stabilita astfel incat:
- sa acopere perioada de timp necesara sederii temporare, dar nu poate depasi 6 luni de la data emiterii;
  - sa acopere perioada de timp necesara sederii, dar nu poate depasi 12 luni de la data emiterii;
  - sa acopere perioada de timp necesara sederii.
60. Ce categorii de pacienti beneficiaza de internare de urgenta:
- pacientii asigurati obligatoriu, beneficiari de card national;
  - pacientii asigurati obligatoriu si facultativ;
  - toti pacientii a caror nivel de prioritate este urgenta.
61. Perioada pentru care se deconteaza procedurile specifice de recuperare, medicina fizica si balneologie este de:
- maxim 14 zile/an/asigurat;
  - maxim 28 zile/an/asigurat;
  - maxim 21 zile/an/asigurat.
62. Incepand cu luna mai 2015, transmiterea SMDPC, care contine datele aferente pacientilor externati In luna precedenta se face lunar:
- pana la data de 4 a lunii urmatoare aferente raportarii;
  - pana la data de 5 a lunii urmatoare aferente raportarii;
  - pana la data de 7 a lunii urmatoare aferente raportarii.
63. Pentru persoanele asigurate facultativ costurile investigatiilor paraclinice recomandate sunt suportate de catre:
- furnizorul de servicii paraclinice;
  - persoana asigurata facultativ;
  - casa judeteana de asigurari de sanatate.
64. Cine suporta costul eliberarii unui duplicat al cardului national in cazul pierderii, distrugerii acestuia:
- asiguratul;
  - casa de asigurari;
  - medicul de familie.
65. Numarul de inregistrare al foii de observatie clinica generala:
- este un numar unic pe spital care se schimba la inceputul fiecari luni calendaristice;



- b) se face dupa codul unic din registrul de intrari iesiri pentru spitalizare continua si poate avea maxim 10 caractere;
- c) este un numar aleatoriu.
66. Foaia de Observatie Clinica Generala se completeaza pentru fiecare episod de spitalizare continua:
- intr-un singur exemplar;
  - in trei exemplare;
  - in doua exemplare.
67. Care sunt datele si informatiile medicale obligatorii transmise in sistemul DES la data externarii din foile de observatie clinica generala/biletele de iesire din spital:
- date de identificare pacient si date privind internarea;
  - date de identificare pacient, detalii episod spitalizare, diagnostic;
  - date de identificare pacient, detalii episod spitalizare, diagnostice, bilet externare, scrisoare medicala.
68. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie, in vederea stabilirii diagnosticului si/sau tratamentului, se face:
- direct, cu alt bilet de trimitere;
  - direct, fara alt bilet de trimitere;
  - direct, fara alt bilet de trimitere dar cu scrisoare medicala.
69. Un pacient care este internat in regim de spitalizare de zi poate beneficia de servicii medicale in ambulator?
- nu poate beneficia de servicii medicale in ambulator deoarece este internat in regim de spitalizare de zi si beneficiaza de serviciile medicale;
  - poate beneficia doar ziua urmatoare dupa externarea din regim de spitalizare de zi;
  - poate beneficia de servicii medicale in ambulatoriu, altele decat cele necesare acordarii serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea conditiilor de acordare a serviciilor medicale in ambulatoriu.
70. La externarea pacientilor din spitalizare continua, semnarea externarilor cu cardul national de sanatate nu este obligatorie in urmatoarele cazuri:
- la externare starea pacientului este Vindecat si/sau Ameliorat;
  - tipul de externare este externat si/sau externat la cerere;
  - tipul de externare este transfer inter-spitalicesc si/sau decedat.
71. Transmiterea datelor clinice catre SMDPC, aferente pacientilor externati in luna precedenta, incepand cu luna mai 2015, se face lunar pana in data de:
- Pana in data de 4 a lunii;
  - Pana in data de 5 a lunii;
  - Pana in data de 8 a lunii.
72. Internarea in regim de spitalizare continua are o durata de:
- maxim 12 ore,
  - minim 12 ore,
  - nu are importanta.
73. Cum se pot verifica informatiile privind calitatea de asigurat in momentul prezentarii la furnizorul de servicii medicale aflat in relatii contractuale cu CAS, a pacientului pentru efectuarea de servicii medicale spitalicesci, clinice si paraclinice:
- prin intermediul instrumentului electronic care poate fi accesat pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>;
  - prin prezentarea unei adeverinte emisa de catre angajator;
  - prin prezentarea cardului national, adeverintei de asigurat, certificatului de nastere sau a cuponului de pensie.

74. Din ce data este obligatorie utilizarea cardului national pentru decontarea serviciilor medicale:
- 1 februarie 2015;
  - 1 ianuarie 2015;
  - 1 mai 2015.
75. Internarea in regim de spitalizare de zi are o durata de:
- minim 12 ore;
  - o zi;
  - maxim 12 ore /vizita(zi).
76. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua si a treia consultatie avand consultatia initiala cu bilet de trimitere, se face:
- direct fara alt bilet de trimitere;
  - direct cu un alt bilet de trimitere;
  - direct scrisoarea medicala primita la consultul initial.
77. Cine are obligatia de a informa medicul de familie despre planul terapeutic stabilit, precum si orice modificare a acestuia, in cadrul efectuarii unui serviciu medical:
- bolnavul in cauza;
  - medicul de garda;
  - medicul de specialitate prin scrisoare medicala.
78. Tipurile de ingrijiri in regim de spitalizare continua conform Ord.1782/576/2006 sunt:
- ingrijiri acute;
  - ingrijiri cronice;
  - ingrijiri acute si cronice sau de recuperare.
79. In situatia in care se realizeaza un transfer al unui pacient catre un alt spital cu acelasi tip de ingrijiri, este obligatorie:
- semnarea cu cardul de sanatate;
  - nu este obligatorie semnarea cu cardul de sanatate;
  - este obligatorie doar semnarea cu cardul de sanatate nefiind necesar prevalidarea cazului medical.
80. Cine completeaza in FOCG sau FSZ diagnosticul principal de externare si diagnosticile secundare:
- medicul sef de sectie;
  - medicul curant;
  - medicul de garda.
81. Cine poate anula datele si informatiile medicale transmise din eroare sau in mod gresit in sistemul DES ?
- medicul de familie cu ajutorul parolei si a matricei;
  - pacientul cu ajutorul parolei si a matricei sau cu ajutorul cardului national de sanatate;
  - medicul care a transmis datele si informatiile gresite in DES.
82. Persoanele care din motive religioase sau de constiinta refuza primirea cardului national de sanatate, vor prezenta la internare doar:
- cartea de identitate si biletul de trimitere pentru internare;
  - pasaportul sau permisul de conducere si biletul de trimitere pentru internare;
  - adeverinta de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, eliberata la solicitarea asiguratului de catre Casa de asigurari unde este luat in evidenta.
83. Pentru pacientii neasigurati care sunt internati, avand criteriul de internare "criteriu urgenta medico-chirurgicala" acordarea serviciilor medicale se face pana:

- a) la maxim 3 zile de la internare;
- b) in momentul in care serviciile medicale de urgenta nu se mai justifica;
- c) nu este conditionata externarea pacientilor neasigurati, internati cu criteriul urgenta medico-chirurgicala.

84. Asistenta medicala de urgenta conform Anexei nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii se refera la:

- a) Cazurile de cod rosu, galben si verde;
- b) Cazurile de cod rosu, galben si albastru;
- c) Cazurile de cod rosu, verde si albastru.

85. Pentru asiguratii cu diagnostic deja confirmat pentru afectiuni acute sau subacute precum si acutizari ale bolilor cronice, la externarea din spital, CAS deconteaza conform Ordinului 397/836/2018 maxim:

- a) o consultatie;
- b) doua consultatii;
- c) trei consultatii.

86. Pentru evaluarea clinica si paraclinica, prescrierea tratamentului si urmarirea evolutiei asiguratilor cu afectiuni cronice se deconteaza pe un bilet de trimitere maximum:

- a) 4 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna;
- b) 4 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de o consultatie pe luna;
- c) 3 consultatii/trimestru/asigurat dar nu mai mult de 2 consultatii pe luna.

87. Datele codificate, cu caracter confidential, specifice personalului medical (codul de parafa al medicului curant, codul de parafa al medicului operator), vor fi transmise:

- a) in forma criptata, utilizandu-se mecanismul de criptare furnizat de Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti;
- b) in forma criptata, utilizandu-se mecanismul de criptare furnizat Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- c) in forma electronica, utilizandu-se mecanismul de raportare utilizat de catre fiecare furnizor de servicii medicale.

88. Complexitatea cazurilor (indicele de case mixt) exprima:

- a) tipurile de pacienti tratati in spital in functie de diagnostic si gravitate;
- b) resursele necesare spitalului in concordanta cu pacientii tratati;
- c) pacientii "virtuali" generati prin ajustarea cazurilor externate, in functie de resursele asociate cu fiecare tip de caz.

89. Cardurile nationale nedistribuite de medicii de familie intr-o perioada de 12 luni de la primirea acestora vor fi :

- a) pastrate de catre medicii de familie;
- b) returnate prin posta casei nationale de asigurari de sanatate;
- c) returnate caselor de asigurari de sanatate.

90. Eliberarea unui nou card national se face in termen de:

- a) 30 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurari de sanatate in a carei evidenta se afla persoana respectiva prin medicul de familie;
- b) 10 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurari de sanatate in a carei evidenta se afla persoana respectiva prin medicul de familie;
- c) 90 de zile calendaristice de la depunerea unei cereri la casa de asigurari de sanatate in a carei evidenta se afla persoana respectiva prin medicul de familie.

91. Sunt considerati indicatori de calitate:

- a) rata mortalitatii;
  - b) durata medie de spitalizare;
  - c) cheltuieli cu medicamente.
92. Datele care vor fi corectate la nivelul spitalului in cazul invalidarii unui caz de spitalizare continua vor fi:
- a) datele care au incalcat regulile din grupa A;
  - b) datele care au incalcat regulile din grupa B;
  - c) ambele raspunsuri sunt gresite.
93. Spitalele raporteaza in format electronic setul minim de date la nivel de pacient in spitalizare continua SMDPC aferent pacientilor externati, lunar la:
- a) Ministerul Sanatatii;
  - b) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
  - c) Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si si Pefectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti.
94. Dovada calitatii de asigurat pentru salariat se face pe baza urmatoarelor documente:
- a) cartea de identitate, adeverinta eliberata de angajator conform Ord. 903/2007 sau verificarea site CNAS <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>;
  - b) declaratie pe proprie raspundere ca nu realizeaza alte venituri;
  - c) adeverinta eliberata de organul fiscal.
95. Cardul european contine urmatorul set obligatoriu de informatii vizibile :
- a) numele si prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nasterii asiguratului data expirarii cardului, codul Organizatiei Internationale pentru statul emitent al cardului, numarul de identificare si acronimul casei de asigurari care emite cardul, numarul cardului;
  - b) numele si prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului , data nasterii asiguratului, numarul cardului, numarul de identificare si acronimul casei de asigurari care emite cardul;
  - c) numele si prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nasterii asiguratului, data expirarii cardului, codul Organizatiei Internationale pentru statul emitent al cardului, numarul de identificare si acronimul casei de asigurari care emite cardul.
96. Consultatiile in ambulatoriu de specialitate pentru supravegherea evolutiei sarcinii si a lehuziei se fac direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, la urmatoarele intervale de timp:
- a) o consultatie in fiecare luna de sarcina si o consultatie in fiecare luna, in primele trei luni de la nastere;
  - b) o consultatie pentru fiecare trimestru de sarcina si o consultatie in primul trimestru de la nastere;
  - c) o consultatie la fiecare doua luni de sarcina si o consultatie la doua luni de la nastere.
97. Furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:
- a) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;
  - b) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 3 de zile calendaristice de la data prescrierii;
  - c) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 5 de zile calendaristice de la data prescrierii.
98. Serviciile medicale off-line se transmit in platforma informatica SIUI in:
- a) maxim 3 zile lucratoare de la data serviciului medical;
  - b) maxim 5 zile lucratoare de la data serviciului medical;
  - c) maxim 7 zile lucratoare de la data serviciului medical.
99. Asumarea serviciilor medicale acordate se face prin:
- a) semnatura electronica extinsa/calificata;
  - b) lista cu semnatura si parafa;

c) fara semnatura.

100. Actul medical efectuat in cabinetele din ambulatoriul de specialitate se finalizeaza prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru. Nerespectarea acestei obligatii se sanctioneaza cu:

- a) retinerea sumei de 200 lei pentru fiecare caz;
- b) retinerea sumei de 300 lei pentru fiecare caz;
- c) nu se sanctioneaza.

101. Cine raporteaza activitatea medicala a medicilor angajati in cabinetele din ambulatoriul de specialitate:

- a) medicii;
- b) reprezentantul legal;
- c) ambulatoriul de specialitate.

102. Lista B 1 pentru spitalizari de zi reprezinta:

- a) lista afectiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat medical corespunzatoare;
- b) lista cazurilor rezolvate cu procedura chirurgicala - in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat corespunzatoare;
- c) lista serviciilor medicale standardizate acordate in regim de spitalizare de zi care se deconteaza numai daca s-au efectuat toate serviciile obligatorii si pentru care in vederea decontarii se inchide fisa de spitalizare de zi (FSZ) dupa terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizarii serviciului medical.

103. Lista B 2 pentru spitalizari de zi reprezinta:

- a) lista afectiunilor (diagnosticelor) medicale caz rezolvat medical in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat medical corespunzatoare;
- b) lista cazurilor rezolvate cu procedura chirurgicala - in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat corespunzatoare;
- c) lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi decontate asiguratilor prin tarif pe serviciu medical si pentru care in vederea decontarii se inchide fisa de spitalizare de zi (FSZ) dupa terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizarii serviciului medical.

104. Lista B 3.1 pentru spitalizari de zi reprezinta:

- a) lista serviciilor medicale in regim de spitalizare de zi decontate asiguratilor prin tarif pe serviciu medical/vizita (zi) si pentru care in vederea decontarii nu este necesara inchiderea fisei de spitalizare de zi (FSZ) dupa fiecare vizita (zi);
- b) lista cazurilor rezolvate cu procedura chirurgicala - in spitalizare de zi si tarifele maximale pe caz rezolvat corespunzatoare;
- c) lista serviciilor medicale standardizate acordate in regim de spitalizare de zi care se contacteaza si in ambulatoriul de specialitate clinic si se deconteaza numai daca s-au efectuat toate serviciile obligatorii, si pentru care in vederea decontarii se inchide fisa de spitalizare de zi (FSZ) dupa terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizarii serviciului medical.

105. Pentru perioada in care un pacient are deschisa o fisa de spitalizare de zi - pe parcursul unei singure zile sau pe parcursul mai multor zile, acesta poate beneficia si de servicii medicale:

- a) in ambulatoriul de specialitate, altele decat cele necesare acordarii serviciilor medicale din spitalizare de zi, cu respectarea conditiilor de acordare a serviciilor medicale in ambulatoriu;
- b) in spitalizare continua;
- c) in alta spitalizare de zi.

106. Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical este:

- a) cel negociat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale;
- b) cel din normele la contractul cadru;

- c) cel din contractul cadru.
107. Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate, suporta suma aferenta serviciilor hoteliere standard (cazare standard si masa la nivelul alocatiei de hrana) pentru insotitorii copiilor bolnavi:
- a) in varsta de pana la 3 ani;
  - b) in varsta de pana la 5 ani;
  - c) in varsta de pana la 7 ani.
108. Confort standard pentru servicii hoteliere in cazul spitalizarii continue reprezinta:
- a) salon cu minim 3 paturi, grup sanitar propriu si fara dotari suplimentare;
  - b) salon cu minim 2 paturi, grup sanitar propriu si fara dotari suplimentare;
  - c) salon cu minim 4 paturi, grup sanitar propriu si fara dotari suplimentare.
109. Cine se considera ca este medic curant in sectiile chirurgicale, in cazul in care pe perioada spitalizarii pacientul nu a suferit interventii chirurgicale:
- a) medicul sef de sectie;
  - b) medicul care parafeaza externarea si stabileste diagnosticele la externare;
  - c) medicul de garda.
110. In situatia in care un caz este neconfirmat pe mai multe reguli de tip B si pentru cel putin una dintre aceste reguli nu primeste aviz favorabil, cazul respectiv mai poate fi transmis catre SNSPMPDSB:
- a) da;
  - b) cu ocazia regularizarilor trimestriale;
  - c) nu.
111. Care lista pentru spitalizarile de zi se poate contracta si in ambulatoriul de specialitate:
- a) lista B 3.1;
  - b) lista B 4.1;
  - c) lista B 4.2.
112. Furnizorii de servicii medicale paraclinice, in situatii justificate, pot depasi valoarea lunara contractata:
- a) cu maxim 10%, cu exceptia lunii decembrie;
  - b) cu maxim 10%;
  - c) cu maxim 12%.
113. Decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul si indiferent daca medicul care a facut recomandarea se afla sau nu in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice, se face de la data de:
- a) 1 mai 2015;
  - b) 1 ianuarie 2018;
  - c) 1 ianuarie 2019.
114. Contravaloarea investigatiilor paraclinice – analize de laborator recomandate de medicul de familie ca urmare a consultatiilor preventive se suporta de:
- a) Casa de asigurari de sanatate;
  - b) furnizorul de servicii medicale paraclinice;
  - c) pacient.
115. In cazul in care se efectueaza o investigatie paraclinica radiologica fara substanta de contrast, urmata din necesitate de o investigatie cu substanta de contrast, casa de asigurari de sanatate deconteaza:
- a) numai investigatia cu substanta de contrast;
  - b) numai investigatia fara substanta de contrast;

c) ambele investigatii.

116. Sunt scutite de coplata urmatoarele categorii de asigurati:

a) copiii pana la varsta de 18 ani, tinerii intre 18 ani si 26 de ani, daca sunt elevi, absolventi de liceu, pana la inceperea anului universitar, ucenicii sau studentii, daca nu realizeaza venituri din munca;

b) bolnavii cu afectiuni incluse an programele nationale de sanatate stabilite de Ministerul Saanartii, pentru serviciile medicale aferente bolii de baza a respectivei afectiuni, daca nu realizeaza venituri din munca, pensie sau din alte resurse;

c) persoanele fizice cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1000 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri.

117. Sunt scutite de coplata urmatoarele categorii de asigurati:

a) persoanele fizice cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 990 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri;

b) bolnavii cu afectiuni incluse in programele nationale de sanatate stabilite de Ministerul Sanatatii, pentru serviciile medicale aferente bolii de baza a respectivei afectiuni;

c) persoanele fizice cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 900 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri.

118. Care este tariful pentru consultatia de acupunctura:

a) 15 lei;

b) 13 lei;

c) 18 lei.

119. Cine poate raporta serviciile de sanatate conexe actului medical:

a) medicii de specialitate care le-au solicitat;

b) psihologii;

c) logopezii.

120. Cine poate recomanda serviciile de sanatate conexe actului medical :

a) medicii de specialitate prin scrisoare medicala;

b) medicii de specialitate prin bilet de trimitere;

c) medicii de familie.

121. Care este valoarea minima garantata pentru un punct pe serviciu medical incepand cu data de 01.04.2018:

a) 2,1 lei;

b) 2,8 lei;

c) 2,6 lei.

122. Cine suporta contravaloarea serviciilor medicale de specialitate in specialitatile clinice in ambulatoriu, care nu se regasesc in anexa nr. 7:

a) Casa de asigurari de sanatate;

b) furnizorul de servicii medicale;

c) asiguratul.

123. Pentru cine se intocmeste foaia de observatie clinica generala FOCG:

a) FOCG se intocmeste pentru pacientii spitalizati in regim de spitalizare continua;

b) FOCG se intocmeste pentru pacientii spitalizati in regim de spitalizare de zi;

c) FOCG se intocmeste pentru pacientii spitalizati in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi.

124. Serviciile medicale realizate in ambulatoriul de specialitate se deconteaza de catre Casa de asigurari de sanatate, in termen de:

a) maxim 15 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni;

- b) maxim 25 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni;
  - c) maxim 20 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni.
125. Tariful consultatiei acordate de medicul primar in specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare se majoreaza cu:
- a) 25%;
  - b) 10%;
  - c) 20%.
126. Serviciile de medicina fizica si de reabilitare decontate de catre Casa de asigurari de sanatate sunt:
- a) status post interventii chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice;
  - b) gimnastica de intretinere;
  - c) vergeturi.
127. In cate exemplare se intocmeste decontul de cheltuieli pentru pacientul externat:
- a) 2 exemplare;
  - b) 3 exemplare;
  - c) 1 exemplar.
128. Decontul de cheltuieli pentru serviciile medicale acordate de medicul de familie se intocmeste in:
- a) 2 exemplare;
  - b) 3 exemplare;
  - c) 1 exemplar.
129. Modelul decontului de cheltuieli pentru pacientii externati este prezentat in:
- a) anexa nr. 2 la ordinul nr. 1100/2005;
  - b) anexa nr. 1 la ordinul nr. 1100/2005;
  - c) anexa nr. 3 la ordinul nr. 1100/2005.
130. Seria de proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare stabilita de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare decontata pentru un asigurat include:
- a) maxim 4 proceduri/zi de tratament;
  - b) maxim 6 proceduri/zi de tratament;
  - c) maxim 2 proceduri/zi de tratament.
131. In cazul transferului unui pacient intre sectiile unui spital cand se deschide o noua FO CG ?
- a) la orice transfer al pacientului intre sectii;
  - b) transfer al pacientului Intre sectii care furnizeaza Ingrijiri de tip diferit (din sectii de Ingrijiri acute in sectii de Ingrijiri cronice sau de recuperare si invers);
  - c) transfer in ATI.
132. La sectiile de obstetrica-ginecologie daca are loc o nastere cine se considera a fi medic curant :
- a) medicul care a internat pacienta;
  - b) medicul care a externat pacienta;
  - c) medicul care a asistat nasterea sau medicul operator principal in cazul nasterii prin operatie cezariana.
133. Care sunt regulile de confirmare clinica si medicala a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua:
- a) regulile de tip B si C;
  - b) regulile de tip A si B;
  - c) regulile de tip A si C.
134. Cine face parte din comisia de analiza a cazurilor neconfirmate din punct de vedere clinic si medical de catre SNSPMPDSB:



- a) reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate si reprezentati ai spitalului;
- b) reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate si medicii curanti ai cazurilor neconfirmate;
- c) reprezentanti ai casei de asigurari de sanatate.

135. Retransmiterea cazurilor catre SNSPMDPSB pentru reconfirmarea din punct de vedere clinic si medical se face:

- a) lunar;
- b) trimestrial;
- c) anual.

136. Cazurile neconfirmate care sunt supuse evaluarii comisiei de analiza sunt cele care incalca:

- a) regulile de tip C;
- b) regulile de tip B;
- c) regulile de tip A.

137. Codificarea medicala a bolilor in spitalele din Romania si a procedurilor medicale in spitale se face conform clasificarii:

- a) RO DRG v.1;
- b) ICD 10;
- c) RO DRG v.3.

138. Care sunt tipurile d ingrijiri in regim de spitalizare continua:

- a) ingrijiri acute si ingrijiri cronice sau de recuperare;
- b) ingrijiri paleative;
- c) ingrijiri cronice.

139. Care este termenul de valabilitate a cardului national:

- a) 3 ani de la data emiterii;
- b) 7 ani de la data emiterii;
- c) 5 ani de la data emiterii.

140. Ce semnificatie are termenul sedere temporara:

- a) deplasarea unei persoane in unul din statele member UE pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioada necesara deplasarii, dar nu mai mult de 6 luni;
- b) deplasarea unei persoane in unul din statele member UE pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioada necesara deplasarii, dar nu mai mult de 12 luni;
- c) deplasarea unei persoane in unul din statele member UE pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioada necesara deplasarii, dar nu mai mult de 3 luni.

141. Unde poate fi utilizat cardul national:

- a) in orice stat membru UE;
- b) pe teritoriul Romaniei;
- c) in orice stat din Europa.

142. Unde poate fi utilizat cardul european:

- a) in orice stat membru UE;
- b) pe teritoriul Romaniei;
- c) in orice stat din Europa.

143. Lista investigatiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice – consultatii interdisciplinare, efectuate in alte unitati sanitare: nr., tipul, valoarea si nr. de bolnavi internati pentru care au fost efectuate aceste servicii - sunt documente necesare pentru:

- a) fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat si a tarifului pe zi de spitalizare;

- b) evaluarea furnizorilor de servicii medicale;
- c) afisarea serviciilor medicale paraclinice.

144. Statul de personal si stocul de medicamente, materiale sanitare si reactivi la 1 ianuarie si 31 decembrie 2017 sunt documente necesare pentru:

- a) evaluarea furnizorilor de servicii medicale;
- b) fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat si a tarifului pe zi de spitalizare;
- c) afisarea serviciilor medicale paraclinice.

145. Executia bugetului institutiei sanitare publice la data de 31 decembrie 2017 este document necesar pentru:

- c) afisarea serviciilor medicale paraclinice;
- b) evaluarea furnizorilor de servicii medicale;
- c) fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat si a tarifului pe zi de spitalizare.

146. Indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national, luat in calcul la stabilirea capacitatii spitalului functie de numarul de paturi contractabile pentru sectiile sau compartimentele de acuti este:

- a) 320 zile;
- b) 290 zile;
- c) 360 zile.

147. Indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national, luat in calcul la stabilirea capacitatii spitalului functie de numarul de paturi contractabile pentru sectiile sau compartimentele de cronici este:

- a) 320 zile;
- b) 290 zile;
- c) 360 zile.

148. Indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel national, luat in calcul la stabilirea capacitatii spitalului functie de numarul de paturi contractabile pentru sectiile sau compartimentele de ingrijiri paliative este:

- a) 360 zile;
- b) 290 zile;
- c) 320 zile.

149. Suma contractata (SC) de fiecare spital prevazut In anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurari de sanatate, pentru servicii de spitalizare continua pentru afectiuni acute in sistem DRG, se calculeaza astfel:

$$SC = P \times (Nr\_pat \times IU\_pat/DMS\_spital) \times ICM \times TCP$$

Ce reprezinta Nr\_pat din formula :

- a) numarul de paturi aprobate si contractabile;
- b) numarul de paturi totale din spital
- c) numarul de paturi aprobate si contractabile In care nu sunt incluse paturile pentru sectiile si compartimentele de ATI.

150. Suma contractata (SC) de fiecare spital prevazut In anexa nr. 23 A la ordin cu casa de asigurari de sanatate, pentru servicii de spitalizare continua pentru afectiuni acute In sistem DRG, se calculeaza astfel:

$$SC = P \times (Nr\_pat \times IU\_pat/DMS\_spital) \times ICM \times TCP$$

Valoarea procentului de referinta (P) este stabilita in raport de clasificarea spitalelor in functie de competente conform prevederilor legale in vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sanatatii nr. 323/2011 pentru spitale de gradul III este:

- a) 85%;
- b) (P - 5)%;
- c) (P - 15)%;

151. Decontarile in limita sumei contractate pentru spitalizare cronici in functie de durata de spitalizare se fac astfel:
- a) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin daca durata efectiv realizata este mai mare decat aceasta sau durata efectiv realizata daca aceasta este mai mica decat durata prevazuta in anexa nr. 25 la ordin;
  - b) durata de spitalizare din anexa nr. 25 la ordin daca durata efectiv realizata este mai mare decat aceasta;
  - c) durata efectiv realizata daca aceasta este mai mica decat durata prevazuta In anexa nr. 25 la ordin.
152. Furnizorii de servicii medicale aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti contractate, incaseaza din partea asiguratului:
- a) sumele reprezentand hrana;
  - b) sumele reprezentand servicii hoteliere cu grad ridicat de confort;
  - c) sumele reprezentand coplata si contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort.
153. Fisele de solicitare pentru serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se intocmesc:
- a) intr-un singur exemplar daca serviciile medicale de inalta performanta se efectueaza de catre spitalul in care este internat pacientul;
  - b) in doua exemplare daca serviciile medicale de inalta performanta se efectueaza de catre spitalul in care este internat pacientul;
  - c) in trei exemplare daca serviciile medicale de inalta performanta se efectueaza de catre spitalul in care este internat pacientul.
154. Furnizorii de servicii medicale pot fi:
- a) persoane fizice sau juridice autorizate de Ministerul Sanatatii pentru a furniza servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistative;
  - b) persoane fizice autorizate de Ministerul Sanatatii pentru a furniza servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive;
  - c) persoane juridice autorizate de Ministerul Sanatatii pentru a furniza servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive.
155. Pretul de decontare - pretul suportat din fond pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive si altele asemenea care se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis pentru asiguratii cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate curative se aproba prin:
- a) ordin al presedintelui CNAS;
  - b) ordin al ministrului sanatatii;
  - c) ordin comun al ministrului sanatatii si al presedintelui CNAS.
156. Emiterea cardului electronic de asigurat se face :
- a) numai prin sistemul informatic unic integrat al sistemului de asigurari sociale de sanatate;
  - b) numai prin ordin al presedintelui CNAS;
  - c) numai prin ordin al ministrului sanatatii .
157. Asiguratii au dreptul :
- a) la un pachet de servicii de baza;
  - b) la un pachet de servicii minimal;
  - c) la un pachet de servicii facultativ.
158. Servicii medicale care nu sunt suportate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate:
- a) serviciile medicale acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;
  - b) proceduri fizioterapeutice, pe baza recomandarilor medicale, cu sau fara contributie personala, In conditiile prevazute In contractul-cadru si In normele sale de aplicare;

c) servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu, acordate de un furnizor autorizat și evaluat în condițiile legii.

159. Evaluarea calitatii serviciilor de sanatate în vederea acreditarii unitatilor sanitare revine:

- a) Ministerului Sanatatii;
- b) Autoritatii Nationale de Management al Calitatii In Sanatate;
- c) Casa Nationala de sanatate.

160. Actul medical efectuat în unitati sanitare ambulatorii de medicina fizica si de reabilitare se finalizeaza prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente, în situatia în care concluziile examenului medical impun acest lucru. Nerespectarea acestei obligatii se sanctioneaza cu:

- a) retinerea sumei de 300 lei pentru fiecare caz;
- b) retinerea sumei de 200 lei pentru fiecare caz;
- c) nu se sanctioneaza.

161. Pentru ce pacienti se completeaza FSZ :

- a) FSZ se completează pentru fiecare pacient care beneficiază de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;
- b) FSZ se completează pentru fiecare pacient care beneficiază de servicii medicale în regim de spitalizare continua;
- c) FSZ se completează pentru fiecare pacient care beneficiază de servicii medicale în regim de spitalizare continua si de zi.

162. Când poate fi închisa FSZ :

- a) poate fi închisa în aceeași zi în care a fost deschisa;
- b) poate fi închisa în aceeași zi în care a fost deschisa sau la o dată ulterioară, dar nu mai târziu de data de 31 decembrie a anului respectiv;
- c) poate fi închisa la sfârșitul lunii.

163. Diagnosticul de trimitere pe FOCG se completează de:

- a) medicul de garda pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacientii care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare);
- b) medicul curant pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacientii care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare);
- c) medicul șef de secție pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacientii care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare).

164. Diagnosticul de trimitere pe FOCG se codifica conform :

- a) diagnosticul de trimitere nu se codifica;
- b) se codifica conform ICD10;
- c) se codifica conform clasificării RO DRG v.1.

165. Diagnosticul de internare pe FOCG este cel al medicului de garda al spitalului și este semnat și parafat și se codifica conform:

- a) nu se codifica;
- b) se codifica conform ICD10;
- c) se codifica conform clasificării RO DRG v.1.

166. Diagnosticul la 72 ore de pe FOCG se codifica conform:

- a) se codifica conform ICD10;
- b) se codifica conform clasificării RO DRG v.1;
- c) nu se codifica.

167. Care sunt informatiile minime care pot fi vizualizate pe cardul national de sanatate:

a) numele si prenumele asiguratului, codul unic de identificare in sistemul de asigurari sociale de sanatate, numarul de identificare al cardului national, data expirarii cardului national;

b) codul numeric personal al asiguratului, codul unic de identificare in sistemul de asigurari sociale de sanatate, numarul de identificare al cardului national, data expirarii cardului national;

c) numele si prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, codul unic de identificare in sistemul de asigurari sociale de sanatate, numarul de identificare al cardului national, data expirarii cardului national.

168. Conform Ordinului 840/2018, regulile de confirmare clinica si medicala a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua de tip A sunt in numar de:

a) 22;

b) 18;

c) 24.

169. Conform Ordinului 840/2018, regulile de confirmare clinica si medicala a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua de tip B sunt in numar de:

a) 22;

b) 18;

c) 24.

170. Conform Ordinului 840/2018, regulile de confirmare clinica si medicala a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare de zi de tip C sunt in numar de:

a) 24;

b) 18;

c) 22.

171. Datele cazurilor neconfirmate care pot fi corectate de spital sunt cele care nu respecta:

a) regulile de tip B sau tip C;

b) regulile de tip B;

c) regulile de tip A sau tip C.

172. Regulile de confirmare clinica si medicala, in functie de posibilitatea supunerii datelor respective spre evaluarea comisiei de analiza, sunt clasificate in:

a) 3 categorii;

b) 2 categorii;

c) 4 categorii.

173. Cine raspunde de corectitudinea si gestionarea datelor clinice la nivel de pacient, precum si de asigurarea confidentialitatii acestora:

a) Casele de asigurari de sanatate

b) spitalele

c) Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Medical Bucuresti

174. Foaia de temperatura este parte integranta a:

a) FSZ;

b) FOCG;

c) atat a FSZ cat si a FOCG.

175. Structura prin care se realizeaza internarea pacientilor poate fi:

a) Unitatea de primire urgenta, Centru de primire urgenta, Camera de Garda, Biroul de internari;

b) cabinetul medicului de familie;

- c) cabinetele din ambulatoriul de specialitate.
176. CNP-ul al mamei se completeaza numai in:
- FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 1 an;
  - FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 3 ani;
  - FOCG a nou-nascutului si a copiilor cu varsta mai mica de 1 an, cand mama este internata in acelasi spital.
177. In completarea FOCG sau FSZ, rubrica CAS se bifeaza pentru categoriile de persoane:
- care beneficiaza de card european de sanatate;
  - care beneficiaza de asigurare obligatorie si asigurare facultativa;
  - care sunt asigurate din statele cu care Romania a incheiat documente internationale in domeniul sanatatii.
178. Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare de zi sunt:
- nasterea;
  - urgenta medico-chirurgicala, ce necesita supraveghere medicala pana la 12 ore, epidemiologic pentru bolnavii care necesita tratament in afectiuni care nu necesita izolare; diagnosticul nu poate fi efectuat si/sau monitorizat in ambulatoriu;
  - urgenta medico-chirurgicala, ce necesita supraveghere medicala pana la 12 ore, epidemiologic pentru bolnavii care necesita tratament in afectiuni care necesita izolare; diagnosticul nu poate fi efectuat si/sau monitorizat in ambulatoriu;
179. Numarul de inregistrare al foii de spitalizare de zi:
- este un numar aleatoriu;
  - este un numar unic pe spital care se schimba la inceputul fiecărei luni calendaristice;
  - se face dupa codul unic din registrul de intrari iesiri pentru spitalizare de zi si poate avea maxim 10 caractere.
180. Care furnizori de servicii medicale pot intra in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate:
- cei care indeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS si Ministerul Sanatatii;
  - cei care nu indeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS si Ministerul Sanatatii
  - toti furnizorii de servicii medicale.
181. Utilizarea cardului national de asigurari sociale de sanatate in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice se face la momentul:
- acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul minimal;
  - acordarii serviciilor conexe;
  - acordarii serviciilor medicale prevazute in pachetul de baza.
182. Pentru serviciile medicale acordate in ambulatoriul de specialitate, medicul intocmeste scrisoarea medicala in:
- 3 exemplare;
  - 1 exemplar;
  - 2 exemplare.
183. Scrisoarea medicala eliberata pacientilor la externarea din spital se intocmeste in:
- 1 exemplar;
  - 2 exemplare;
  - 3 exemplare.
184. Factorii de care trebuie sa se tina cont cumulativ in luarea deciziei de internare in regim de spitalizare continua sunt:

- a) severitatea semnelor si simptomelor prezentate de pacient; predictibilitatea medicala a unei evolutii negative, nedorite a pacientului;
- b) nevoia pentru si disponibilitata analizelor sau investigatiilor diagnostice; epuizarea resurselor diagnostice si terapeutice in celelalte domenii de asistenta medicala;
- c) cei enumerati la punctele a si b.
185. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene, titulari de card european de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, pot beneficia de urmatoarele servicii medicale acordate in regim de spitalizare de zi:
- a) chimioterapie;
- b) litotritie;
- c) toate serviciile medicale in spitalizare de zi din lista B.
186. Spitalele, in vederea contractarii, trebuie sa prezinte caselor de asigurari nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumat prin contractul de management. Aceasta prevedere este valabila si in cazul spitalelor care au manager interimar?:
- a) da;
- b) nu;
- c) ramane la latitudinea caselor de asigurari.
187. Pentru sectiile/compartimentele de cronici contractarea serviciilor medicale spitalicesti se face pe baza:
- a) tarifului DRG;
- b) tarifului pe zi de spitalizare;
- c) tarifului non DRG.
188. Cine valideaza numarul de cazuri externate si raportate:
- a) Casele de asigurari de sanatate;
- b) SNSPMPDSB;
- c) Directiile de sanatate publica.
189. Cine face confirmarea din punct de vedere al datelor clinice si medicale a cazurilor externate si raportate:
- a) Casele de asigurari de sanatate;
- b) Ministerul Sanatatii;
- c) SNSPMPDSB.
190. Cine suporta suma aferenta serviciilor hoteliere standard (cazare standard si masa la nivelul alocatiei de hrana) pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat:
- a) asiguratii;
- b) insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat;
- c) spitalele.
191. Care este nivelul minim al coplatii pentru serviciile spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua:
- a) 7 lei;
- b) 5 lei;
- c) 10 lei.
192. Care este nivelul maxim al coplatii pentru serviciile spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua:
- a) 10 lei
- b) 12 lei;
- c) 5 lei.
193. Care este valoarea coplatii incasata de furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si reabilitare pentru seriile de proceduri din pachetul de servicii de baza:
- a) minim 5 lei, maxim 10 lei;

- b) minim 10 lei, maxim 15 lei;
- c) minim 5 lei, maxim 8 lei.

194. In ambulator, pentru specialitatile clinice si pentru medicii care lucreaza exclusiv in planificare familiala, unui program de lucru de 7 ore/zi, ii corespunde un numar de:

- a) 14 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute);
- b) 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);
- c) 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 de minute).

195. Pentru cate zile se pot elibera prescriptii medicale pentru copiii cu varsta cuprinsa intre 0-16 ani, care se prezinta in regim de urgenta la medicii din specialitatile clinice:

- a) pentru o perioada de 1 zi;
- b) pentru o perioada de 3 zile;
- c) pentru o perioada de 7 zile.

196. In ambulator, pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatria, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de:

- a) 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);
- b) 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 de minute);
- c) 14 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute);

197. In ambulator, pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatria, unui program de lucru de 7 ore/zi ii corespunde un numar de:

- a) 14 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute);
- b) 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);
- c) 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 de minute);

198. Pentru specialitatile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depasi, dupa caz:

- a) 150/152/154 puncte in medie pe zi corespunzator unui program de 7 ore/zi;
- b) 150/153/154 puncte in medie pe zi corespunzator unui program de 7 ore/zi;
- c) 150/153/155 puncte in medie pe zi corespunzator unui program de 7 ore/zi;

199. Certificatul provizoriu de inlocuire a cardului european este un document care deschide titularului dreptul la aceleasi servicii medicale ca si titularului de card european:

- a) nu;
- b) da;
- c) ramane la latitudinea furnizorului de servicii medicale si a casei de asigurari.

200. In cazul in care un asigurat se deplaseaza in alt stat membru UE in vederea beneficiarii de tratament medical, cardul european acopera respectivul tratament:

- a) da;
- b) nu;
- c) ramane la latitudinea spitalului la care se prezinta pentru tratament medical.