

1. 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

2. 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

3. 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

4. Utilizarea datelor din bazele de date , pentru publicare se face cu acordul:
 - a) asistentului sef
 - b) managerului spitalului
 - c) fiecare utilizator poate folosii bazele de date daca pacientii sunt instintati anterior

5. Pentru completarea FOGC sau FSZ la internare, registratorul introduce datele de identitate al pacientului pe baza :
 - a) actelor oficiale: buletin de identitate, card national, pașaport;
 - b) actelor oficiale:- buletin de identitate, talon de pensie, certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate), pașaport;
 - c) actelor oficiale: certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate), card european, pașaport;

6. Un pacient care prezinta card european de asigurat beneficiaza de servicii medicale spitalicesti numai daca criteriul de internare este:
 - a) diagnostic si tratament
 - b) diagnostic
 - c) urgenta

7. 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

8. Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la 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

9. In completarea formularului privind Foaie de observație clinică generală (FOCG), greutatea la nastere se completeaza la nou-nascutii si copiii cu varsta de:
 - a) pana la 6 luni
 - b) pana la 1 an
 - c) pana la 3 ani

10. Care este utilitatea DRG:

- a) calcularea valorilor relative ale grupelor de diagnostice si finanțarea spitalelor
- b) statistica spitalului
- c) creșterea adresabilității pacienților la nivelul spitalului

11. Sunt considerați indicatori de calitate:

- a) rata mortalității
- b) durata medie de spitalizare
- c) cheltuieli cu medicamente

12. Procesul de validare a datelor pacienților respectă regulile stabilite de:

- a) SNSPMS - Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar
- b) MS - Ministerul Sănătății
- c) CJAS - Casa Județeană de Asigurări de Sănătate și CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

13. În completarea formularului privind Foaie de observație clinică generală (FOCG), la categoria de asigurat se bifează «PNS» pentru bolnavii:

- a) cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății și care realizează alte venituri
- b) beneficiari ai unei legi speciale (legea 309/2002, legea 416/2001)
- c) care nu realizează venituri decât cele provenite din drepturile banesti acordate de legile speciale prin care se stabilește această calitate.

14. Retransmiterea cazurilor invalide pentru revalidare se face către SNSPMPDSB :

- a) doar cu ocazia regularizarilor trimestriale
- b) doar cu ocazia cererii de validare a cazurilor invalide lunar
- c) doar în situația în care comisia de analiză da un aviz nefavorabil.

15. Până la ce dată, Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

- a) Lunar, până la data de 7
- b) Lunar, până la data de 10
- c) Lunar, până la data de 5.

16. Cardul național emis prin sistemul unic integrat al asiguraților sociale poate fi utilizat:

- a) pe teritoriul statelor membre ale Uniunii Europene
- b) pe teritoriul României
- c) pe teritoriul județului în care are asiguratul domiciliul.

17. Pentru trimestrul IV 2015 până la ce dată Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității, în formatul solicitat de CNAS:

- a) până la data de 21 ianuarie 2016, respectiv până la data de 31 ianuarie 2016
- b) până la data de 16 decembrie 2015, respectiv până la data de 21 ianuarie 2016
- c) până la data de 15 decembrie 2015, respectiv până la data de 31 ianuarie 2016.

18. Complexitatea cazurilor (indicele de caz mixt) exprimă:

- a) tipurile de pacienți tratați în spital în funcție de diagnostic și gravitate
- b) resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați
- c) pacienții "virtuali" generați prin ajustarea cazurilor externate, în funcție de resursele asociate cu fiecare tip de caz.

19. Pentru care tip de cazuri, este necesară transmiterea electronică a datelor clinice la nivel de pacient:

- a) pentru spitalele finanțate pe bază de caz rezolvat
- b) pentru pacienții cărora li se întocmește foaie de observație clinică generală
- c) pentru toți pacienții cu excepția celor internați la cerere.

20. Un caz invalidat pe regula B12 poate fi supus evaluării de către comisia de analiză în situația:
- în care se constată că procedura de intubație s-a realizat anterior sau ulterior intervenției chirurgicale (nu este asociată anestezia generală), pentru alte complicații ale cazului, comisia de analiză poate aviza cazul pe regula respectivă
 - în care spitalul prezintă o justificare pertinentă pentru acest caz, comisia de analiză poate aviza pe regula respectivă
 - în care spitalul corectează datele respective și se cere comisiei de analiză avizul.
21. În FOCG - diagnosticul la externare se completează și se codifică conform cu clasificarea RO.vi.DRG de către:
- medicul de gardă
 - medicul curant
 - medicul șef secție.
22. Perioada de valabilitate a cardului european este stabilită astfel încât:
- să acopere perioada de timp necesară sederii temporare, dar nu poate depăși 6 luni de la data emiterii
 - să acopere perioada de timp necesară sederii, dar nu poate depăși 12 luni de la data emiterii
 - să acopere perioada de timp necesară sederii.
23. Cazurile neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale cu regula B12 sunt:
- Cazuri clasificate în DRG A2021 și A2022, care au avut o intervenție chirurgicală asociată cu o procedură de anestezie generală împreună cu o procedură de intubație.
 - Cazuri clasificate în DRG A1040 (traheostomie sau ventilație > 95 ore), datorită procedurii G05005 Suport ventilator continuu mai mult de 96 ore, pentru care durata totală de spitalizare este mai mică de 96 de ore
 - Cazuri cu diagnostic principal de deshidratare și unul din diagnosticele secundare de tipul gastroenterită.
24. Cardul european conține următorul set obligatoriu de informații vizibile :
- numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nașterii asiguratului, data expirării cardului, codul Organizației Internaționale pentru statul emitent al cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul, numărul cardului;
 - numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nașterii asiguratului, numărul cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul;
 - numele și prenumele asiguratului, codul numeric personal al asiguratului, data nașterii asiguratului, data expirării cardului, codul Organizației Internaționale pentru statul emitent al cardului, numărul de identificare și acronimul casei de asigurări care emite cardul.
25. Ce categorii de pacienți beneficiază de internare de urgență:
- pacienții asigurați obligatoriu, beneficiari de card național
 - pacienții asigurați obligatoriu și facultativ;
 - toți pacienții a căror nivel de prioritate este urgență.
26. Pentru completarea fișei de spitalizare de zi (FSZ) Criteriul de internare se completează :
- numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, conform Notei 1 privind criteriile de internare, atașată fișei de spitalizare de zi
 - numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată fișei de spitalizare de zi
 - se codifică conform Listei tabelare de clasificării, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011.
27. Datele care vor fi corectate la nivelul spitalului în cazul invalidării unui caz de spitalizare de zi vor fi:
- datele care au încălcat regulile din grupa A

- b) datele care au incalcat regulile din grupa B
- c) datele care au incalcat regulile din grupa C

28. Pentru persoanele asigurate facultativ costurile investigatiilor paraclinice recomandate, sunt suportate de catre :
- a) furnizorul de servicii paraclinice
 - b) persoana asigurata facultativ
 - c) casa judeteana de asigurari de sanatate.
29. Cum se verifica informatiile privind emiterea cardului național:
- a) 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>
 - b) prin informare la medicul de familie
 - c) informare CASMM.
30. Din ce data este obligatoriu utilizarea cardului national pentru decontarea serviciilor :
- a) 1 februarie 2015
 - b) 1 ianuarie 2015
 - c) 1 mai 2015
31. Cine suporta costul eliberarii unui duplicat al cardului national in cazul pierderii, distrugerii acestuia:
- a) asiguratul
 - b) casa de asigurari
 - c) medicul de familie
32. Numarul de inregistrare al foii de observatie clinica generala este :
- a) un numar unic pe spital care se schimba la inceputul fiecari luni calendaristice
 - b) un numar unic pe spital, numerotarea incepe cu 00001 la data de 1 ianuarie a fiecarui an
 - c) este un numar aleatoriu.
33. Foaia de Observatie Clinica Generala se completeaza pentru fiecare episod de spitalizare continua:
- a) intr-un singur exemplar
 - b) in trei exemplare
 - c) in doua exemplare
34. Care cazuri se invalideaza cu regula B08:
- a) Cazuri internate si externate in aceeasi zi
 - b) Transferuri intraspitalicesti si reinternari in aceeasi zi
 - c) Cazuri cu diagnostic principal inacceptabil
35. Cazurile neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale cu regula A15 sunt:
- a) Cazuri pentru care nu s-au înregistrat corespunzător informațiile cu privire la intervenția chirurgicală principală
 - b) Cazuri decedate, pentru care nu există concordanță între tipul externării și starea la externare
 - c) Cazuri cu durata de spitalizare negativă.
36. SMDP inseamna:
- a) Set minim de date la nivel de pacient
 - b) Set minim de date paraclinice
 - c) Standard minim de date
37. Erorile în culegerea și raportarea datelor din SMDP generează:
- a) gruparea eronată a pacienților
 - b) interpretări corecte ale rezultatelor activității clinice
 - c) informații eronate pentru finanțarea spitalelor de cronici.
38. Care din urmatoarele categorii de asigurati sunt scutite de coplata:
- 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, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studentii, daca nu realizeaza venituri din munca, pensionarii cu venituri din pensii de pana la 740 lei / luna

- b) asigurati facultativ
- c) salariatii incadrati cu salariul minim pe economie

39. In momentul prezentării asiguratului în vederea programarii investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurari de sanatate :

- a) data prezentării si de a semna;
- b) data programarii, precum si de a semna și ștampila acest exemplar.
- c) data prezentării, data programarii, precum si faptul de a semna și ștampila acest exemplar;

40. Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice, au valabilitate :

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

41. Care cazuri se invalideaza cu regula A05 ?

- a) Cazuri cu vârsta negativă
- b) Cazuri cu durata de spitalizare negativă
- c) A07 Cazuri concomitente

42. Care cazuri se invalideaza cu regula C04?

- a) Cazuri/Servicii cu vârsta pacientului negativă
- b) C05 Cazuri/Servicii pentru care durata unei vizite este mai mare de 12 ore
- c) C06 Cazuri/Servicii cu durata de spitalizare negativă

43. Care cazuri se invalideaza cu regula B04?

- a) Cazuri cu durata de spitalizare peste 365 de zile
- b) Pacienții pentru care nu a fost înregistrat codul numeric personal (CNP)
- c) Transferuri intraspitalicești și reinternări în aceeași zi sau la un interval de o zi în același tip de îngrijiri.

44. Cum se pot verifica informatiile privind emiterea cardului national?

- a) 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>
- b) în condițiile legii, informațiile minime privind emiterea cardului național de sănătate, sunt puse la dispoziție de Centrului Național Unic,
- c) în condițiile legii, informațiile minime privind emiterea cardului național de sănătate, sunt puse la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

42. Care sunt entitățile care au acces la informațiile înscrise pe cardul național?

- a) Pacientul, Furnizorii de servicii medicale, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente
- b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate, prin personalul autorizat în acest scop, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, furnizorii de dispozitive medicale și furnizorii de medicamente
- c) Pacientul, medicul de familie la care este înscris asiguratul, medicii specialiști, farmacia.

43. Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distinct pentru cazurile:

- a) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane si pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale
- b) cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale
- c) cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane.

44. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemoepidemic, consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuziei,
- b) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultații pentru supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemoepidemic,
- c) servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic, consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuziei, consultațiile de planificare familial, servicii de prevenție

45. Pentru același episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice se acordă :

- a) maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului
- b) maximum 2 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului
- c) minim 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.

46. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație, în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face:

- a) direct, cu alt bilet de trimitere
- b) direct, fără alt bilet de trimitere
- c) direct, fără alt bilet de trimitere dar cu scrisoare medicala.

46. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu pentru:

- a) pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului national de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului
- b) pentru toti pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană care se prezinta direct
- c) pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului

47. Un pacient care prezinta card european de asigurat beneficiaza de servicii medicale spitalicesti numai daca criteriul de internare este:

- a) tratament medical
- b) urgenta medico-chirurgicala
- c) diagnosticul nu poate fi stabilit in ambulatoriul de specialitate.

48. Casa Națională de Asigurări de Sănătate va primi de la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, denumită în continuare SNSPMPDSB, în format electronic, datele/informațiile de confirmare clinică și medicală a activității aferente lunii precedente, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. pana in data de :

- a) 10 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- b) 7 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea
- c) 15 a lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea

49. Un episod de spitalizare continua reprezinta:

- a) perioada de spitalizare a unui pacient, , în cadrul aceluiași spital, fără întrerupere dar cu posibilitatea modificarii tipului de îngrijiri.
- b) perioada de spitalizare a unui pacient, , în cadrul aceluiași spital, fără întrerupere și fără modificarea tipului de îngrijiri.
- c) perioada de spitalizare a unui pacient, , în cadrul aceluiași spital, fără întrerupere atat pentru tipul de îngrijire acut cat si cronic sau recuperare.

50. În situația în care se realizează un transfer al pacientului între secții care furnizează îngrijiri de tip diferit (din secții de îngrijiri acute în secții de îngrijiri cronice sau de recuperare și invers):

- a) se deschide o nouă FOCG
- b) nu se deschide o alta FOCG, episodul de spitalizare continuând pe aceeași FOCG
- c) se deschide o alta FSZ.

50. În cazul în care pe parcursul episodului de spitalizare de zi pacientul este internat în regim de spitalizare continuă:

- a) nu se va închide FSZ și se va deschide o FOCG
- b) se va închide FSZ și se va deschide o FOCG
- c) se va deschide FSZ și se va închide o FOCG.

51. Începând cu luna mai 2015, transmiterea SMDPZ se face lunar, în formatul valabil la momentul închiderii/raportării fișei/vizitei până la data de 4 a lunii, datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele):

- a) vor fi transmise în formă criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI) pentru generarea CID-lui (Cod de identificare al pacientului).
- b) nu vor fi transmise
- c) vor fi transmise după codificarea lor, utilizându-se mecanismul de codificare folosit în sistemul informatic unic integrat (SIUI).

52. Numărul FOCG al mamei se completează numai în cazul:

- a) numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, chiar și când mama nu este internată în același spital.
- b) FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 0 an, când mama este internată în același spital
- c) numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în același spital.

53. Criteriul de internare - se completează numeric în FOCG?

- a) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2015 - 2016, conform Notei privind criteriile de internare, atașată FOCG
- b) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014- 2015, conform Notei 2 privind criteriile de internare, atașată FOCG
- c) în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2015- 2016, cu modificările actuale conform Notei 4 privind criteriile de internare, atașată FOCG.

54. Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi prevăzute la lit. B din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015:

- a) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015; S: pentru serviciile medicale de tip "serviciu" - de la lit. B, pct. B.3 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015
- b) M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015; C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip CHIRURGICAL - de la lit. B pct. B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015
- c) C: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" - de la lit. B pct. B.1 și B.2 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015; M: pentru serviciile medicale de tip "caz rezolvat" de tip MEDICAL - de la lit. B pct. B.1 din anexa nr. 22 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015.

55. Pentru spitalizarea de zi de tip "caz rezolvat" secțiunea "Servicii efectuate" :
- a) se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1
 - b) se completează și se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1
 - c) nu se completează.
56. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale:
- a) suportă parțial costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct.1.6
 - b) nu suportă costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct. 1.6
 - c) suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele de la pct. 1.6
57. Pachetul minimal care cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația:
- a) în care pacientul asigurat nu este constient
 - b) în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat
 - c) în care pacientul este asigurat conform HOTĂRÂRII nr. 205 din 25 martie 2015
58. 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) solicită bilet de internare, scrisoare medicală și actele de identitate
 - c) nu solicită bilet de internare
59. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:
- a) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare
 - b) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare, nașterea
 - c) 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
60. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:
- a) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare
 - b) urgență medico-chirurgicală, epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care necesită izolare, nașterea
 - c) 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
61. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru situații de urgență se acordă:
- a) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat, primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maximum 2 consultații
 - b) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată
 - c) o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care nu s-a acordat, primul ajutor sau care nu a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maximum 2 consultații.
62. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru același episod de boală acută/subacută/acutezări ale bolilor cronice se acordă:
- a) maximum 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului
 - b) maximum 2 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului

- și a evoluției cazului
c) minim 3 consultații pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului.
63. În cadrul serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie pentru asigurații cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital, pentru efectuarea unor manevre terapeutice se acordă:
- maximum două consultații
 - minimum două consultații
 - maximum trei consultații.
64. Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:
- pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
 - pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
 - pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
65. Cazurile neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale cu regula B18 au și o excepție, aceasta fiind:
- diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui
 - diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin
 - cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60 - I64.
66. Cazurile neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale cu regula B08 au și o excepție, aceasta fiind:
- cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi
 - diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin
 - cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60 - I64.
67. Cazurile neconfirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale cu regula B20 au și o excepție, aceasta fiind:
- cazurile decedate și cazurile care sunt clasificate în grupurile de diagnostice specifice spitalizării de zi
 - diagnosticele și procedurile legate de patologia sânelui asociate sexului masculin
 - cazurile pentru care există codificat un diagnostic principal sau secundar de tipul I60 - I64 (boli cerebrovasculare).
68. Pentru Cazurile neconfirmate care au atât date incorecte, cât și date corecte Spitalul poate acționa la SNSPMPDSB în situația în care:
- avizul este nefavorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
 - avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
 - avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de reconfirmare".
69. Pentru Cazurile neconfirmate care au exclusiv date incorecte, Spitalul poate acționa la SNSPMPDSB în situația în care:
- situație se corectează datele respective și se retransmite cazul cu corecturile efectuate
 - avizul este nefavorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
 - avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
70. Pentru Cazurile neconfirmate care au exclusiv date corecte, Spitalul poate acționa la SNSPMPDSB în situația în care:
- avizul este nefavorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
 - avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de confirmare"
 - avizul este favorabil, cazul se va retransmite ca "Cerere de reconfirmare".