



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

*Asigurarea accesului cetățenilor la servicii  
medicale, medicamente și dispozitive  
medicale*

## CUPRINS:

<b>1. Context general .....</b>	<b>3</b>
1.1. <i>Misiunea.....</i>	<i>3</i>
1.2. <i>Viziunea.....</i>	<i>3</i>
<b>2. Activități realizate în vederea asigurării accesului cetățenilor la servicii medicale medicamente și dispozitive medicale.....</b>	<b>3</b>
2.1. <i>Asistența medicală primară.....</i>	<i>5</i>
2.2. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice.....</i>	<i>7</i>
2.3. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități paraclinice.....</i>	<i>7</i>
2.4. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară.....</i>	<i>9</i>
2.5. <i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare.....</i>	<i>9</i>
2.6. <i>Asistența medicală spitalicească.....</i>	<i>10</i>
2.7. <i>Accesul la medicamente gratuite și compensate.....</i>	<i>11</i>
2.8. <i>Dispozitive medicale.....</i>	<i>11</i>
2.9. <i>Îngrijiri medicale la domiciliu.....</i>	<i>13</i>
<b>3. Principalele măsuri întreprinse pentru îmbunătățirea furnizării și controlului serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Noutăți legislative.....</b>	<b>15</b>



## CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756671	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: <a href="mailto:dirgen@casot.ro">dirgen@casot.ro</a>	Capital social	-

Nr.DG266 /21.06.2024

### **ASIGURAREA ACCESULUI CETĂȚENILOR LA SERVICII MEDICALE, MEDICAMENTE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE**

#### **1. CONTEXT GENERAL**

Casa de Asigurări de Sănătate Olt este o instituție publică de interes județean, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, cu buget propriu, care se află în subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivelul județului Olt.

Casa de Asigurări de Sănătate Olt funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale statutului propriu, aprobat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ale Regulamentului de Organizare și Funcționare, cu respectarea prevederilor legislației specifice, precum și a normelor elaborate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației care oferă un pachet de servicii de bază ce cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

**1.1. Misiunea** Casei de Asigurări de Sănătate Olt este de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, pus permanent în slujba interesului public și al asiguratului, care are rolul de a îmbunătăți starea de sănătate a populației și de a crește gradul de satisfacție și de încredere al asiguraților în serviciile medicale care le sunt prestate de către furnizori.

**1.2. Viziune:** Casa de Asigurări de Sănătate Olt dorește să contribuie activ la progresul stării de sănătate a populației prin: îmbunătățirea calității actului medical, asigurarea unei asistențe medicale de calitate, comunicare între factorii sistemului medical către același scop comun și optimizarea utilizării resurselor disponibile în serviciile de sănătate.

#### **2. ACTIVITĂȚI REALIZATE ÎN VEDEREA ASIGURĂRII ACCESULUI LA SERVICII MEDICALE, MEDICAMENTE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE**

Pentru asigurarea accesului populației județului Olt la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, C.A.S. Olt are încheiate un număr de 833 contracte, cu 10 contracte mai multe față de câte erau la finele anului 2023. În vederea asigurării calității serviciilor medicale de care beneficiază asigurații, au fost încheiate contracte de furnizare servicii medicale,

medicamente și dispozitive medicale numai cu furnizori autorizați și evaluați conform prevederilor legale.

Activitatea de contractare a avut în vedere asigurarea furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale populației pe întreg teritoriul județului Olt.

**Numărul de contracte aflate în derulare comparativ cu numărul de contracte derulate la data de 31.12.2023**

Nr. crt.	Domeniul de asistență medicală	Nr. contracte aflate în derulare la 31.12.2023	Nr. contracte aflate în derulare la 01.06.2024
1.	Asistența medicală primară - activitate curentă	210	211
2.	Asistența medicală primară – persoane neasigurate	210	211
3	Asistența medicală primară - centre de permanenta	65	66
4	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	39	41
5	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: analize medicale de laborator/radiologie și imagistică/anatomie patologică	15	15
6	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: acte adiționale încheiate cu medicii de familie pentru EKG și ecografie generală	1	1
7	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: acte adiționale încheiate cu medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru ecografii	5	5
8.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	30	35
9.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare	10	11
10.	Asistența medicală spitalicească – activitate curentă	8	8
11.	Asistența medicală spitalicească – influențe financiare determinate de creșterile salariale	5	5
12.	Asistența medicală spitalicească – alocația de hrană	5	5
13	Asistența medicală spitalicească – vouchere de vacanță	5	5
14.	Asistența medicală spitalicească – gărzi	5	5
15.	Îngrijiri medicale la domiciliu	4	4
16.	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu – activitate curentă	57	56
17.	Acordarea medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut și a materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	59	58
18.	Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	3	3
19.	Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist	2	4
20.	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau fiziologice	83	83
21.	Consultatii de urgenta la domiciliu si transport sanitar neasistat	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>822</b>	<b>833</b>

## **2.1 Asistența medicală primară**

Asistența medicală primară și continuitatea în acest domeniu se desfășoară în cabinete de medicină de familie și centre de permanență. Serviciile medicale în asistența medicală primară – activitate curentă- sunt acordate de un număr de 214 medici de familie.

### **Situația privind gradul de acoperire cu medici de familie a județului Olt și gradul de înscriere la medicii de familie a populației la 31.12.2023**

Nr. crt.	Indicatori	Urban	Rural	Total
1.	Nr. localități din județ, din care:	8	104	112
1.1.	Nr. localități neacoperite cu medici de familie la nivelul necesarului stabilit de Comisia pentru asistența medicală primară	0	2	2
1.2.	Nr. localități deficitare din punct de vedere al existenței medicilor de familie	2	13	15
2.	Gradul de acoperire al localităților din județ cu medici de familie $(2=(1-1.1. -1.2.)/1*100)\%$ .	75,00%	85,58%	84,82%
3.	Populația județului	182.591	231.862	414.453
4.	Nr. total persoane înscrise la medic de familie, din care:	174.591	203.598	378.189
4.1.	- asigurați	138.014	157.561	295.575
4.2.	- neasigurați	36.577	46.037	82.614
5.	Gradul de înscriere a populației la medicul de familie $(5=4/3*100)\%$	95,62%	87,81%	92,25%
6.	Nr. medici aflați în relație contractuală cu CAS Olt, din care:	90	123	213
6.1.	-medici fără specialitate	1	2	3
6.2.	-medici specialiști	20	54	74
6.3.	-medici primari	69	67	136
7.	Nr. necesar de medici de familie stabilit de către comisie	96	139	235
8.	Grad de acoperire cu medici de familie $(8=6/7*100)\%$	93,75%	88,49%	90,64%

În ceea ce privește asistența medicală primară, au fost introduse elementele de noutate, astfel:

- S-a creat cadrul legal care permite depistarea precoce a bolilor cu impact major asupra sănătății populației și au fost introduse noi instrumente în vederea realizării consultațiilor preventive pentru persoanele cu vârsta între 40 și 60 ani (riscograme pentru depistarea precoce a posibilității dezvoltării de boli cardio-vasculare, cerebro-vasculare, oncologice, a diabetului, a bolii cronice de rinichi, precum și pentru evaluarea sănătății mintale și reproductive) și pentru persoanele cu vârsta de peste 60 de ani (evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății, a riscului fatal cardiovascular, oncologic, al osteoporozei, de incontinență urinară, evaluarea sănătății mintale, a riscului de demență și depresie).

- Adulții cu vârsta între 18 și 39 de ani beneficiază anual de consultațiile de prevenție. Tot în scopul consolidării prevenției, medicii de familie pot recomanda o paletă mai largă de investigații paraclinice de care pot beneficia gratuit asigurații.

Mecanismul de finanțare în asistența medicală primară a fost modificat, astfel încât prin schimbarea ponderii plății per capita și pe servicii, de la 50%-50% la 35%-65%, s-a creat posibilitatea introducerii de noi servicii de prevenție de care vor beneficia mai mulți asigurați, din grupe de vârstă mai numeroase decât până la 01 iulie 2023.

Pe lângă dezvoltarea serviciilor preventive pentru toate persoanele înscrise pe lista medicului de familie, s-au introdus noi servicii diagnostice și terapeutice, cum ar fi: efectuarea testului Frax – utilizat pentru calculul riscului de fractură la pacienții cu

osteoporoză, efectuarea de tratamente intravenoase cu injectomat, imobilizarea unei fracturi, tratamentul entorselor și luxațiilor, spălătura gastrică, etc.

Au fost introduse noi măsuri în scopul reducerii disparităților dintre mediul rural și cel urban în privința accesului la servicii medicale, prin crearea de stimulente în scopul atragerii medicilor de familie în zonele rurale slab acoperite/neacoperite cu asistență medicală primară.

Astfel, medicul care alege să își desfășoare activitatea într-o localitate din mediul rural va avea o bonificație de 50% față de veniturile pe care ar putea să le obțină în mod similar în mediul urban, sau de 100% dacă în localitate nu există nici un alt medic de familie/punct de lucru.

Continuitatea în asistență medicală primară se realizează prin intermediul a 11 Centre de Permanență care funcționează în afara orelor de program ale medicului de familie, noaptea, sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, pentru care s-au încheiat 66 de contracte.

*Bugetul alocat pentru asistența medicală primară pentru anul 2023 a fost de 78.632.020 lei iar pentru primele 6 luni ale anului este de 50.063.000 lei.*

**Situația privind Centrele de permanență în care își desfășoară activitatea medicii de familie aflați în relație contractuală cu CAS Olt**

Nr. crt.	Denumire centru de permanență	Zonele arondate	Medic coordonator
1	Centrul de permanență BALDOVINEȘTI	Baldovinești, Oboga, Calui, Dobretu, Gavanesti	MUREȘAN GEORGIANA GENȚIANA
2	Centrul de permanență BRASTAVĂȚU	Brastavațu, Bucinisu, Vadastra, Gradinile Obirsia, Vadastrita, Urzica, Studina,	SPRÎNCENATU CRENGUȚA
3	Centrul de permanență BOBICEȘTI	Bobicesti, Morunglav, Barza, Pirscoveni, Sopirlita	DIACONESCU NICOLIȚA
4	Centrul de permanență CRÎMPOIA	Crîmpoia, N. Titulescu, Serbanesti, Valeni, Seaca, Mihaiesti, Ghimpeteni	FLORESCU ALEXANDRU
5	Centrul de permanență DOBROTEASA	Dobroteasa, Verguleasa, Topana, Leleasca Vulturesti, Fagetelu, Vitomiresti Simburești,	NEGRU CONSTANTINA
6	Centrul de permanență OSICA DE SUS	Osica de Jos, Osica de Sus, Falcoiu, Dobrosloveni, Farcasele, Dobrun	CONSTANTINESCU LAURA
7	Centrul de permanență MIHĂIEȘTI	Mihaiesti, Seaca, Radomiresti, Daneasa, Maruntei, Draganesti-Olt	ZAMORA MIHAELA
8	Centrul de permanență STREJEȘTI	Strejesti, Plesoiu, Teslui, Schitu din Deal, Schitu din Vale, Gradinari	BĂRBULESCU VIOLETA
9	Centrul de permanență VIȘINA	Visina, Visina Noua, Cilieni, Rusanesti, Tia Mare, Izbiceni, Giuvarasti,	NEAȚU ELENA
10	Centrul de permanență VLĂDILA	Vladila, Traianu, Studina, Rotunda, Deveselu	TUDOR FLORENTINA
11.	Centrul de permanență Drăgănești	Draganesti, Daneasa, Marunței, Farcasele, Stoenesti, Stoicanesti, Sprincenata	MOHANU LOREDANA

## **2.2 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice**

În prezent, asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se asigură la nivelul județului de către 37 de unități medico-sanitare private și 4 ambulatorii de specialitate integrate spitalelor, cu 2 unități medico-sanitare private mai multe decât la finalul anului trecut.

Serviciile medicale clinice se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite în anexa nr. 13 din Ordinul 1068/2021, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

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 direct, fără alt bilet de trimitere.

Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, fiind exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate.

Începând de anul trecut în *asistența medicală ambulatorie clinică de specialitate* s-a extins lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, incluzând și hemofilia, talasemia, sifilisul, HIV/SIDA, dermatita atopică, deficitul congenital de factor VII, trombastenia Glanzmann, hemipareze, parapareze și tetrapareze indiferent de etiologie.

În lista serviciilor diagnostice și terapeutice au fost introduse o serie de servicii noi specifice specialităților: diabet zaharat, nutriție și boli nutriție; oftalmologie, ginecologie, urologie, alergologie și imunologie clinica. Totodată, s-a extins lista serviciilor medicale în scop diagnostic-caz cu servicii acordate pacientelor pentru depistarea precoce a cancerului de sân.

Contractarea serviciilor medicale de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice a avut în vedere optimizarea repartiției teritoriale, astfel încât toți asigurații județului Olt să aibă acces la toate serviciile medicale pentru toate specialitățile clinice prevăzute în pachetele de servicii medicale.

*Bugetul alocat pentru asistența medicală pentru specialități clinice pentru anul 2023 a fost de 43.561.080 lei iar pentru primele 6 luni ale anului este de 24.992.000 lei.*

## **2.3 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități paraclinice**

Furnizarea serviciilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator, radiologie și imagistică medicală și anatomie patologică este asigurată de 25 furnizori, din care:

- Analize medicale de laborator și anatomie patologică 11 furnizori
- Radiologie și imagistică medicală 8 furnizori
- Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice s-au încheiat cu medicii de familie 5 acte adiționale pentru ecografie generală (abdomen și pelvis) și cu medicii de specialitate pentru specialitățile clinice 1 acte adiționale pentru ecografii.

Persoanele asigurate au acces la servicii medicale paraclinice acordate în baza biletului de trimitere de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate de pe întreg teritoriul României - indiferent de casa de asigurări de sănătate la care

este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice - pentru a nu condiționa din punct de vedere administrativ-teritorial accesul asiguraților la investigații paraclinice.

Investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție efectuate asiguraților din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, pot fi acordate de furnizorii de servicii paraclinice și peste valoarea de contract. Astfel, în situația în care fondurile alocate de casa de asigurări de sănătate au fost epuizate la momentul în care asiguratul solicită acordarea serviciilor recomandate, acesta va beneficia de investigații, urmând ca furnizorul să primească ulterior contravaloarea lor, peste valoarea de contract, prin încheierea unui act adițional, în baza documentelor care justifică acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie pentru evaluarea stării de sănătate a asiguratului asimptomatic cu vârsta de peste 40 de ani.

Deasemenea, tot peste valoarea de contract se pot efectua analizele medicale necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare și boli neurologice. Biletele de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării acestor pacienți vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective.

Aceste investigații paraclinice vor fi efectuate în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora de către pacienți, în termenul de valabilitate a biletelor de trimitere.

În *asistența medicală paraclinică din ambulatoriu* au fost introduse noi analize de laborator decontate, precum:

- transferină serică;
- alfa amilază;
- lipază;
- lactatohidrogenaza (LDH);
- rezervă alcalină (determinarea bicarbonatului seric);
- vitamina B 12;
- acid folic;
- raport albumină/creatinină într-un eșantion de urină spontană.

Deasemenea, au fost introducându-se noi investigații medicale paraclinice precum și noi servicii medicale de radiologie imagistică medicală și medicină nucleară.

În anul 2023 a fost efectuat un număr de 955.644 de servicii medicale paraclinice, din care:

- Analize medicale de laborator: 920.939
- Analize medicale de radiologie: 21.918
- Analize medicale de imagistică: 10.395
- Anatomie patologică: 1174
- și un număr de 1.218 de servicii medicale paraclinice – evaluarea anuală a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobină glicozilată).

Evoluția numărului analizelor de laborator și investigațiilor paraclinice:

Anul	Nr. analize/investigații paraclinice
2021	783.138
2022	792.296
2023	955.644



*Bugetul alocat pentru asistența medicală pentru specialități paraclinice pentru anul 2023 a fost de 14.211.920 lei iar pentru primele 6 luni ale anului este de 8.852.530 lei.*

#### **2.4 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară**

Asistența medicală dentară este asigurată de 35 de furnizori la care își desfășoară activitatea 45 de medici dentiști. 19 cabinete medicale sunt în mediul urban și 16 în mediul rural.

Asigurații beneficiază de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru medicină dentară decontate de casa de sănătate astfel: suma decontată de CAS pentru copii între 0-18 ani este de 100%, pentru asigurații peste 18 ani 60% sau 100% în funcție de serviciul medical solicitat iar pentru beneficiarii legilor speciale procentul de decontare este de 100%.

În asistența medicală dentară a fost introdus un nou serviciu decontat, detartraj cu ultrasunete și periaj profesional, care se efectuează pentru toată dantura, un asigurat putând beneficia anual de un astfel de serviciu.

Pe lista investigațiilor imagistice ce pot fi efectuate de medicii stomatologi s-a adăugat și tomografiile dentare CBCT.

Totodată, valoarea orientativă lunară de contract a crescut în 2023 cu 50% iar pentru mediul rural aplicându-se încă o majorare cu 50% (ajungând astfel la valoarea de 6.000 lei în mediul urban, respectiv 9.000 lei în mediul rural, pentru un program de lucru de 3 ore/zi).

*Bugetul alocat pentru anul 2023 a fost de 1.995.450 lei iar pentru primul semestru al anului 2024 este de 1.434.000 lei.*

Evoluția numărului actelor terapeutice de care au beneficiat asigurații în cadrul serviciilor de medicină dentară:

Anul	Număr acte terapeutice
2021	6.724
2022	8.094
2023	11.837

#### **2.5. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare**

Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament este asigurată de către 11 furnizori.

În anul 2023 au beneficiat de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament un număr de 7.739 de asigurați.

Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare furnizate:

- Proceduri specifice de recuperare medicală : 123.969
- Număr de zile de tratament cu proceduri de masaj si/sau kinetoterapie: 22.011
- Număr de zile de tratament cu proceduri altele decat de masaj si/sau kinetoterapie: 16.725.

Anul	Nr. pacienți	Nr. Proceduri specifice	Nr.zile de tratament cu proceduri de masaj si/sau kinetoterapie	Nr. zile de tratament cu proceduri altele decat de masaj si/sau kinetoterapie
2021	7.810	148.765	23.063	17.538
2022	7.595	159.622	22.818	18.756
2023	7.739	123.696	22.011	16.725

## 2.6. Asistența medicală spitalicească

Furnizarea serviciilor medicale spitalicești este asigurată de următoarele unități sanitare cu paturi:

- Spitalul Județean de Urgență Slatina
- Spitalul Orășenesc Balș
- Spitalul Municipal Caracal
- Spitalul Orășenesc Corabia
- Spitalul de Psihiatrie Cronici Schitu
- Hospital Network Pheonix One Day
- SC Domus Med SRL Piatra-Olt.
- SC Lisimed SRL Slatina

Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi. Spitalizarea continuă este spitalizare cu durata de spitalizare mai mare de 12 ore iar servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore/vizită (zi).

Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi, și după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru investigații paraclinice și pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare, materiale sanitare, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 10 lit. a), b) și c), cu excepția: a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate; b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament/diagnostic acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

În situația în care asigurații, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

Rambursarea acestor cheltuieli reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor publice și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobată prin decizie a conducătorului instituției și va fi adusă la cunoștință și pacienților la internarea acestora în spital.

### **Situația privind serviciile medicale spitalicești decontate în anul 2023**

Anul	Plăți an 2023 DRG	Plăți an 2023 Cronici	Plăți an 2023 Spitalizare de zi	Total plăți
Spitalul Județean de Urgență Slatina	93,380,528.84	7,820,475.79	7,069,448.40	108,270,453.03
Spitalul Orășenesc Balș	5,873,415.36	1,050,320.58	935,630.83	7,859,366.77
Spitalul Municipal Caracal	25,604,900.64	2,242,274.76	1,668,135.56	29,515,310.96
Spitalul Orășenesc Corabia	6,879,727.72	419,245.81	1,578,078.85	8,877,052.38
Spitalul de Psihiatrie Cronici Schitu	-	11,702,660.91	-	11,702,660.91
SC DOMUS MED SRL	-	1,547,622.53	-	1,547,622.53
SC Hospital Phoenix Network One Day	-	-	4,143,341.27	4,143,341.27
SC LISIMED SRL	-	-	7,639,509.30	7,639,509.30

*Bugetul alocat pentru servicii medicale în unități sanitare cu paturi pentru anul 2023 a fost de 174.695.920 lei primele 6 luni ale anului este de 89.880.000 lei.*

## **2.7 Accesul la medicamente gratuite și compensate**

Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

CAS Olt derulează 57 de contracte pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și pentru eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice programelor naționale de sănătate cu furnizori de medicamente. În structura celor 57 de furnizori aflați în relație contractuală cu CAS Olt se află 170 de puncte farmaceutice prin care se eliberează medicamente în tratamentul ambulatoriu, din care:

- 128 farmacii comunitare, din care:
  - 60 de farmacii în mediu urban;
  - 68 de farmacii în mediu rural.
- 42 oficine locale de distribuție în mediu rural.

Perioada	Compensat +gratuit		PENS 40 fara CV		Lista C2 fara CV		Cost volum total	
	an 2023	an 2022	an 2023	an 2022	an 2023	an 2022	an 2023	an 2022
IANUARIE	8,809.71	7,813.51	200.51	202.73	5,457.89	3,975.41	1,404.08	<b>778.37</b>
FEBRUARIE	8,209.57	7,437.29	184.82	174.22	5,494.62	3,591.32	1,427.78	<b>756.64</b>
MARTIE	9,300.58	8,524.76	206.09	210.02	5,639.55	4,242.85	1,500.06	<b>834.89</b>
APRILIE	8,258.80	7,394.08	192.07	183.28	5,280.05	3,720.31	1,445.10	<b>905.31</b>
MAI	9,116.40	8,112.14	205.49	197.62	6,482.90	4,195.11	1,551.35	<b>1,029.15</b>
IUNIE	8,418.72	7,629.18	194.21	189.54	5,557.93	4,047.43	1,545.94	<b>1,067.34</b>
IULIE	8,674.13	7,896.78	206.19	194.17	5,925.03	4,404.99	1,586.10	<b>1,132.94</b>
AUGUST	9,515.83	7,749.99	218.27	193.76	6,346.99	4,748.73	1,643.44	<b>1,242.12</b>
SEPTEMBRIE	9,668.98	8,290.71	214.05	193.77	6,112.14	4,988.13	1,668.09	<b>1,280.78</b>
OCTOMBRIE	10,382.42	8,287.61	221.04	195.96	6,480.08	4,846.57	1,688.06	<b>1,310.92</b>
NOIEMBRIE	10,350.74	8,564.65	225.36	204.95	6,592.56	5,318.75	1,787.95	<b>1,331.46</b>
DECEMBRIE	9,814.12	8,070.57	209.67	185.66	6,080.95	4,820.96	1,807.26	<b>1,434.75</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110,520.01</b>	<b>95,771.27</b>	<b>2,477.78</b>	<b>2,325.68</b>	<b>71,450.68</b>	<b>52,900.56</b>	<b>19,055.22</b>	<b>13,104.68</b>

## **2.8. Dispozitive medicale**

Asigurații beneficiază de dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza unei prescripții medicale sub forma unei recomandări medicale tipizate, eliberată de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

**Pentru obținerea dispozitivului medical**, asiguratul, unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului medical, tehnologiei și dispozitivului asistiv, actul de identitate (în copie), prescripția medicală pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv, și certificatul de încadrare în grad și tip de handicap pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani

se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical, tehnologia sau dispozitivul asistiv recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie). Documentele se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă sau prin mijloace de comunicare electronică.

**Pentru procurarea dispozitivului medical**, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale, care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive evaluați sau acreditați/înscriși în procesul de acreditare, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. Documentele se pot transmite furnizorului și prin poștă/curierat.

Furnizarea dispozitivelor medicale s-a asigurat prin activitatea desfășurată de 83 furnizori aflați în relație contractuală cu CAS Olt.

Furnizorii au acordat următoarele tipuri de dispozitive medicale:

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.
2. Dispozitive pentru protezare stomii
3. Dispozitive pentru incontinență urinară
4. Proteze pentru membrul inferior/superior
6. Orteze (pentru coloană vertebrală, pentru membrul superior, membrul inferior)
7. Încălțăminte ortopedică
8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale
9. Echipamente pentru oxigenoterapie
10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli
11. Dispozitive de mers
12. Filtru umidificator HME

Pentru reducerea birocrăției, s-au eliminat taloanele lunare pentru dispozitivele medicale acordate prin închiriere, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate fiind necesară numai la acordarea dispozitivului medical, iar durata prescripțiilor medicale pentru dispozitivele necesare pacienților cu unele afecțiuni ireversibile sau cu încadrare în grad de handicap accentuat ori grav definitiv este nelimitată.

Lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații a fost completată cu noi dispozitive medicale: cagulă totală compresivă, cagulă parțială compresivă, mănușă compresivă, vestă compresivă, bluză compresivă, manșon compresiv membrul superior, pantalon compresiv, manșon compresiv membrul inferior și șosetă compresivă.

Medicii care pot recomanda aceste dispozitive sunt medici cu specializare chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă și medici cu specializare medicină fizică și de reabilitare.

Tot de anul acesta, pe listă au mai fost introduse alte 3 dispozitive noi, respectiv: mască siliconică, mănușă siliconică și guler siliconic, însă până la această dată pentru aceste dispozitive nu a fost stabilit preț de referință.

Nr. crt.	Denumire dispozitive medicale	Numar decizii eliberate în anul 2024	Numar decizii eliberate în anul 2023
1	Dipozitive de protezare în domeniul ORL	398	948
2	Dispozitive pentru protezare stomii	406	628
3	Dispozitive pentru incontinență urinară	330	482
4	Proteze pentru membrul inferior/superior	46	149
5	Orteze pentru coloana vertebrala, pentru membru superior/ inferior	161	499
6	Încălțăminte ortopedică	90	275
7	Dispozitive pentru deficiențe vizuale	2	3
8	Echipamente pentru oxigenoterapie	996	1826
9	Dispozitive de mers	269	787
10	Proteză externă de sân	53	124
11	Filtru umidificator	0	34
	<b>TOTAL</b>	<b>2751</b>	<b>5.755</b>

## 2.9. Îngrijiri medicale la domiciliu

În ceea ce privește acordarea de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, C.A.S. Olt a încheiat contracte cu 4 furnizori prin ale căror servicii, asigurații beneficiază de acest tip de servicii medicale.

Pachetul de *îngrijiri medicale la domiciliu* a fost completat cu noi servicii:

- logopedie individuală;
- masajul limfedemului;
- evaluarea manuală a fecaloamelor;
- recoltarea produselor biologice (sânge, urină, materii fecale).

Cei patru furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu sunt:

Nr. Crt.	Denumire furnizor	Adresa completa sediu social / Telefon / Fax /Pagina web	Adresa completa punct de lucru / Telefon /Fax / Pagina web
1	SC EASY MEDSAN CARE SRL	Str. Textilistului nr.10, Bl.G5, sc.B, ap.8, Municipiul Slatina,Olt, mobil:0766295652, e-mail:easymedsancare@yahoo.ro	Strada Basarabilor, nr.16A, Municipiul Slatina,Olt, mobil:0766295652, e-mail:easymedsancare@yahoo.ro
2	SC ELLA NURSING ID SRL	Str. Panselelor nr.29,Camera1 Municipiul Slatina,Olt, Tel/fax:0249420323, mobil:0744904339, e-mail:laura_m_sandu@yahoo.com	Str. Panselelor, nr.29,Anexa Gospodareasca, Municipiul Slatina,Olt, Tel/fax:0249420323, mobil:0744904339, e-mail: laura_m_sandu@yahoo.com
3	ASOCIAȚIA UMANITARĂ OM CU OM	Str.Prelungirea Tunari,nr.26, Bl.S2Ap. 5, Slatina, Olt, mobil 0724604333, e-mail asociatiaomcuom@gmail.com	com .Dobrosloveni,sat Reșca,str.Romulus,nr.1, în cadrul Dispensarului Medical Reșca, jud.Olt,tel 0768031131, e-mail diana.anca.dobre@gmail.com
4	SC LIFE MEDICAL HELP SRL	Str. Mărăști,nr.10,loc Caracal,Olt,tel:0745516221, e-mail:lifemedhelp@gmail.com	Str. Mărăști,nr.10,loc Caracal,Olt,tel:0745516221, e-mail:lifemedhelp@gmail.com

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

În funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) **incapabil să desfășoare activități casnice**, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;

b) **complet imobilizat la pat**, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță ECOG 4.

Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultații în ambulatoriu pentru recomandările eliberate de medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

**Durata** pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu. După întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar.

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă/calificată a acestuia.

Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.

Cele mai solicitate servicii au fost: aplicarea de plosca, bazinet, condom urinar, mijloc ajutator pentru absorbția urinei, măsurarea parametrilor fiziologici, manevre

terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrilor inferioare/escarelor de decubit, administrare de medicamente orale, manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi drenaj bronsic, tapotaj.

*Bugetul alocat pentru acordarea serviciilor medicale de îngrijiri la domiciliu pentru anul 2023 a fost de 1.068.450 lei iar pentru primul semestru al anului 2024 este de 720.000 lei.*

### **3. Principalele măsuri întreprinse pentru îmbunătățire furnizării și controlului serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale**

- Utilizarea PIAS de către toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu CAS Olt.

- Organizarea și efectuarea controlului serviciilor medicale care se acordă asiguraților în baza contractelor de furnizare servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

- Monitorizarea derulării contractelor de furnizare servicii medicale.

- Optimizarea transparenței prin informarea furnizorilor de servicii medicale, cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a C.A.S.Olt și prin e-mail, la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative.

- Eficientizarea activității de validare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale.

- Urmărirea modului de aplicare a prevederilor legale privind furnizarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în aplicația SIUI.

- Informarea furnizorilor despre modificările de natură contractuală survenite pe parcursul anului.

- Actualizarea permanentă a derulării contractelor în conformitate cu modificările legislative.

- Verificarea modului de utilizare a fondurilor alocate pentru fiecare domeniu de asistență medicală.

- Analiza permanentă a necesarului de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și bugetul aprobat.

- Propuneri către CNAS pentru suplimentarea sumelor alocate în vederea asigurării continuității asistenței medicale și evitarea disfuncționalităților în sistem.

### **4. Noutăți legislative**

Începând cu data de 1 iulie 2024 va intra în vigoare Ordinul MS/CNAS pentru modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Reglementările nou introduse au ca principial obiectiv continuarea implementării în anul 2024 a Planului național de prevenire și combatere a cancerului.

*Principalele elemente de noutate:*

- Începând cu 1 iulie 2024, persoanele neasigurate vor avea acces la servicii de tip preventiv și la cele de diagnostic precoce pentru afecțiunile oncologice, în conformitate cu

prevederile Planului Național de Combatere și Control al Cancerului. Aceste servicii vor fi decontate din bugetul de stat.

- Se reglementează posibilitatea medicului de familie de a utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru:

- persoanele care nu fac dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecțiunii oncologice, pentru consultații de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu și pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

- persoanele care nu fac dovada calității de asigurat, pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B și virusul hepatitic C;

- femeile însărcinate care nu fac dovada calității de asigurat, pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV;

- A fost detaliat Pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, care cuprinde consultații și proceduri diagnostice pentru depistarea afecțiunilor oncologice. Totodată, s-a detaliat Lista specialităților clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate care acordă consultații în vederea confirmării afecțiunii oncologice.

- A fost detaliat pachetul de servicii medicale acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, persoanelor care nu pot face dovada calității de asigurat, în aplicarea Legii nr. 293/2022, cuprinzând servicii medicale pentru confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică.

- Pachetul de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească a fost completat cu servicii de spitalizare de zi care se acordă în vederea confirmării afecțiunii oncologice, precum și pentru o monitorizare optimă a afecțiunii oncologice. Criteriile de internare au fost completate cu afecțiune oncologică diagnosticată, respectiv suspiciune de afecțiune oncologică, pentru confirmare.

- Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare pentru pacienții cu afecțiuni oncologice, pentru reabilitarea specifică acestor afecțiuni, precum și pentru pacientele cu limfedem secundar limfadenectomiei axilare și pacientele cu anexectomie, este de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum patru fracțiuni, la recomandarea medicului de specialitate medicină fizică și de reabilitare – *a fost dublată astfel perioada pentru care se decontează procedurile specifice de medicină fizică și de reabilitare pacienții cu afecțiuni oncologice pentru reabilitarea specifică acestor afecțiuni;*

- A fost dublată durata pentru care un pacient cu afecțiune oncologică poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, de la 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni la 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni;

Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub



18 ani și a pacienților cu afecțiuni oncologică, care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

- Au fost reglementate serviciile de transport sanitar neasistat acordate persoanelor cu afecțiuni oncologică sau în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice și care nu sunt transportabile cu mijloace de transport convenționale, care se decontează la nivel realizat, cu încadrarea în fondurile aprobate în bugetul FNUASS pentru Planul național pentru prevenirea și combaterea cancerului, respectiv:

- \* Transport la externare de pe o structură de spitalizare de oncologie medicală, oncopediatrie, chirurgie oncologică, gineco-oncologie, hematologie, hematologie copii, urmare a unei internări pentru afecțiunea oncologică;

- \* Transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice și de la cabinet la domiciliu, pentru consultație în vederea diagnosticării, evaluării, monitorizării și prescrierii tratamentului în cazul afecțiunilor oncologice, pacientului care deține bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice cu evidențiere distinctă corespunzătoare; pacienților cu afecțiuni oncologice și oncohematologice care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate nu li se solicită prezentarea biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice în vederea transportului dus-întors la cabinetul de specialitate din specialitățile clinice oncologie/hematologie/oncologie și hematologie pediatrică și de la cabinet la domiciliu;

- \* Transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic, pentru diagnosticarea și monitorizarea afecțiunilor oncologice, pacientului care deține bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice cu evidențiere distinctă corespunzătoare, precum și pentru investigațiile recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor de prevenție;

- \* Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor oncologici care necesită radioterapie sau chimioterapie în vederea efectuării tratamentului de specialitate, inclusiv în alte județe;

- \* Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor netransportabili cu mijloace de transport convenționale care necesită monitorizare și administrarea anumitor medicamente cu administrare parenterală sub supraveghere specială, în vederea efectuării tratamentului de specialitate, precum și pentru administrarea nutriției parenterale, inclusiv în alte județe, dacă necesitatea administrării nutriției parenterale este urmare a unei afecțiuni oncologice, pentru pacienții care dețin bilet de internare cu evidențiere distinctă corespunzătoare.

**Director General**  
**Ec. Carmen Liana CÎRJAN**