



CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

Nr. 86/241584/01.08.2024

RAPORT DE SPECIALITATE

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2, instituție aflată în subordinea Consiliului Local Sector 2, prin prevederile Legii nr. 292/2011 asistenței sociale, precum și ale H.G. nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal, cu modificările și completările ulterioare este instituția publică cu personalitate juridică înființată în subordinea Consiliului Local Sector 2 cu scopul de a asigura, la nivelul Sectorului 2 al municipiului București, aplicarea politicilor sociale în domeniul protecției copilului, familiei, persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilități, precum și altor persoane, grupuri sau comunități aflate în nevoie socială, cu rol în administrarea și acordarea beneficiilor de asistență socială și a serviciilor sociale.

Conform art. 85 din Legea nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, cu modificările și completările ulterioare: „autoritățile administrației publice locale pot acorda, din bugetele proprii, prin hotărâre a consiliilor locale ajutoare de urgență și ajutoare comunitare, în bani și/sau în natură, destinate persoanelor singure și familiilor aflate în situații de dificultate, pe baza nevoilor identificate prin anchetă socială”.

Unul din obiectivele specifice din *Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 (OS.6.3)* este Asigurarea accesului universal la servicii de sănătate finanțate din fonduri publice, iar Direcția de Acțiune 6.3 este reprezentată de Extinderea gamei de servicii de sănătate la care au acces persoanele neasigurate.

De asemenea Planul de acțiune pentru implementarea *Strategiei naționale de incluziune și reducerea sărăciei pentru perioada 2021-2027* își propune prin Obiectivul specific 3.1. Un sistem de sănătate mai eficace, mai accesibil și mai resilient, respectiv Asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu, la servicii de sănătate de calitate și cost eficace, precum și la medicație, în special pentru grupurile vulnerabile (Direcția de acțiune 3.1.2.).

Conform prevederilor Hotărârii nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate legislației în vigoare, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale cuprinse în **pachetul minimal**. În asistența medicală ambulatorie, acesta cuprinde o serie de servicii medicale după cum urmează:

A. Servicii acordate de medicul de familie:

1. serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament;
2. servicii medicale de prevenție și profilactice;

3. servicii medicale la domiciliu;
4. servicii diagnostice și terapeutice;
5. activități de suport;
6. servicii de administrare de medicamente.

B. Servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

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

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2. supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.3. consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei.

C. Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

D. D. Pachetul minimal de servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

Începând cu 1 ianuarie 2023 a fost extins pachetul minimal de servicii care se acordă în asistența medicală primară persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat, după cum urmează:

1. servicii medicale curative (serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, consultațiile în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, consultațiile periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice, consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi);
2. servicii medicale de prevenție și profilactice (consultații preventive - sunt consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani, consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală, supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, depistare de boli cu potențial endemoepidemic, consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială);
3. servicii medicale la domiciliu (se acorda de către medicul de familie - în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu, persoanelor nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, persoanelor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor cu vârsta de 0-1 ani, copiilor cu vârsta de 0-18 ani cu boli infectocontagioase și lăuzelor);
4. servicii diagnostice și terapeutice (se pot acorda exclusiv persoanelor înscrise pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul persoanei sau la locul solicitării, în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz);

5. activități de suport (eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, eliberarea certificatului medical constatator al decesului - cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală);
6. servicii de administrare de medicamente (administrarea schemei de tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat).
7. Pentru a putea beneficia de pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară, așa cum este el prevăzut de HG nr. 1540/2022, persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au obligația să se înscrie pe lista unui medic de familie în mod liber ales, iar persoanele care nu fac dovada calității de asigurat și care sunt înscrise pe lista unui medic de familie se reînscriu pe lista aceluiași medic de familie sau a unui alt medic de familie, în mod liber ales. Înscrierea/reînscrierea se realizează pe baza cererii de încriere pe care asigurații o regăsesc la cabinetele medicilor de familie

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat nu pot beneficia de serviciile incluse în pachetul de servicii medicale de bază și sunt nevoite să suporte integral costurile pentru serviciile acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și serviciile acordate în asistența medicală spitalicească cuprinse în **pachetul serviciilor medicale de bază**.

Persoanele care nu realizează venituri, pentru a dobândi calitatea de asigurat, au obligația plății contribuției individuale lunare de asigurări sociale de sănătate.

Baza lunară de calcul al contribuției de asigurări sociale de sănătate o reprezintă valoarea salariului minim brut pe țară, stabilit prin hotărâre a guvernului.

Plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru această categorie de persoane fizice, se efectuează lunar, până la data de 25 inclusiv a lunii următoare celei pentru care se datorează contribuția.

Pentru a obține calitatea de asigurat, persoanele neasigurate pot realiza următoarele demersuri:

- 1) să achite contribuția legală lunară pe ultimele 6 luni, dacă nu au realizat venituri impozabile pe perioada termenelor de prescripție privind obligațiile fiscale, calculată la salariul minim brut pe țară în vigoare la data plății, calculându-se majorări de întârziere;
- 2) să achite pe întreaga perioadă a termenelor de prescripție privind obligațiile fiscale contribuția legală lunară calculată asupra veniturilor impozabile realizate, precum și obligațiile fiscale accesorii de plată prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dacă au realizat venituri impozabile pe toată această perioadă;
- 3) să achite atât contribuția legală lunară și obligațiile fiscale accesorii prevăzute la pct. 2) pentru perioada în care au realizat venituri impozabile, cât și contribuția legală lunară, precum și majorările de întârziere prevăzute la pct. 1) sau, după caz, obligațiile fiscale accesorii, pentru perioada în care nu au fost realizate venituri impozabile pe o perioadă mai mare de 6 luni. Această prevedere se aplică situațiilor în care în cadrul termenelor de prescripție fiscală există atât perioade în care s-au realizat venituri impozabile, cât și perioade în care nu s-au realizat astfel de venituri. În cazul în care perioada în care nu s-au realizat venituri impozabile este mai mică de 6 luni, se achită contribuția legală lunară proporțional cu perioada respectivă, inclusiv majorările de întârziere și obligațiile fiscale accesorii, după caz.

Contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice potrivit prevederilor Codului fiscal se achită la unitățile Trezoreriei Statului din cadrul organelor fiscale în raza cărora se află adresa unde își au domiciliul, potrivit legii, sau adresa unde locuiesc efectiv, în cazul în care aceasta este diferită de domiciliu.

Codul fiscal stabilește că asigurarea anuală opțională reprezintă 10% din valoarea a șase salarii minime brute. Persoanele care vor să se asigure trebuie să plătească, prin declarația unică, 10% din șase salarii minime brute în vigoare la data depunerii declarației. Având în vedere că salariul minim este de 3.700 de lei, cei care vor să se asigure la sănătate vor fi nevoiți să plătească 2.220 de lei pentru 12 luni.

Asigurarea la sănătate a persoanelor fără venit este opțională. Persoanele care vor să beneficieze de ea, trebuie să completeze declarația unică Formularul D212 la ANAF. Aceasta se depune la ANAF și costă 2.220 de lei pentru o asigurare pe 12 luni de la data trimiterii declarației.

După completare, declarația unică se poate trimite prin serviciul Spațiul Privat Virtual sau în format fizic la registratura organului fiscal în raza unde ai domiciliul. Hârtia se poate trimite și prin poștă cu confirmare de primire.

După data trimiterii declarației unice, persoana neasigurată va deveni asigurat la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, după plata contribuției susmenționate.

Persoanele care au obligația de a se asigura și nu pot dovedi plata contribuției, pentru a obține calitatea de asigurat trebuie să achite contribuția legală lunară pe ultimele 6 luni, dacă nu au realizat venituri impozabile pe perioada termenelor de prescripție privind obligațiile fiscale.

În prezent, în evidența DGASPC Sector 2, sunt 409 persoane neasigurate în risc de marginalizare socială. Persoanele neasigurate provin din diverse grupuri vulnerabile: familii numeroase cu venituri reduse, familii dezorganizate, familii monoparentale, persoane de etnie romă, șomeri/persoane fără loc de muncă cu un nivel redus de școlarizare, persoane vârstnice, persoane dependente/cu adicții ș.a. Majoritatea acestor persoane nu au acces la investigații medicale, la servicii de prevenție, consultații de specialitate, tratamente/intervenții chirurgicale, care sunt menționate în pachetul de bază. Una din măsurile cu caracter social privind grupurile vulnerabile este depistarea persoanelor cu acces deficitar la serviciile medicale și asigurarea condițiilor legale pentru includerea acestora în categoria persoanelor beneficiare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurării sociale în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a persoanelor defavorizate

Proiectul „Sprijin pentru accesul la pachetul serviciilor medicale de bază pentru persoanele neasigurate din Sectorul 2” își propune creșterea accesului la serviciile medicale din pachetul de bază pentru persoanele în risc de marginalizare socială neasigurate care se confruntă cu probleme grave de sănătate din Sectorul 2 prin acordarea unui pachet de măsuri de sprijin.

Beneficiarii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții de eligibilitate:

- a) se încadrează în categoria persoanelor în risc de marginalizare socială conform metodologiei de identificare aprobată și utilizată la nivelul local al Sectorului 2 sau în categoria victimelor violenței domestice conform criteriilor enunțate în Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței domestice cu completările și modificările ulterioare;
- b) sunt persoane neasigurate medical, care nu sunt eligibile pentru a deveni coasigurat în sistemul de sănătate;
- c) au domiciliul sau reședința exclusiv pe raza administrativ-teritorială a Sectorului 2 al Municipiului București;

- d) se confruntă cu probleme de sănătate care necesită accesarea pachetului de servicii medicale de bază care cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații.


Proiectul prevede acordarea unui pachet de servicii și beneficii sociale:


- 1) beneficii: acordarea unui sprijin financiar anual reprezentând 10% din valoarea a 6 salarii minime brute pentru plata CASS datorate de persoanele fizice în vederea dobândirii calității de asigurat medical.
- 2) servicii sociale: informare și mediere către furnizorii de servicii medicale în vederea facilitării accesului la investigații și tratamente medicale.

Impactul bugetar anual estimat pentru implementarea măsurilor de sprijin este de 222.000 lei pentru 100 beneficiari/persoane neasigurate, care vor fi asigurați de la bugetul local al Sectorului 2.

Personalul de specialitate din cadrul DGASPC Sector 2 va acompaña beneficiarii proiectului în realizarea demersurilor în vederea dobândirii calității de asigurat către ANAF Sector 2 și CASMB.

Având în vedere cele precizate mai sus, vă înaintăm spre aprobare proiectul de hotărâre privind aprobarea implementării proiectului „Sprijin pentru accesul la pachetul serviciilor medicale de bază pentru persoanele neasigurate din Sectorul 2”.


Director general
Adrian ANDOR


Adina Mihaela CODREȘ
Director general adjunct


Olgața IORDACHE
Șef serviciu F.M.S.

Cornelia PÂRVANU
Director executiv

Direcția Juridică


Ionuț IORDĂCHESCU
Consilier superior
