



**MINISTERUL AFACERILOR INTERNE  
INSTITUȚIA PREFECTULUI  
JUDEȚUL ARGEȘ**

Nesecret  
Nr.11366 din 19.04.2024  
Exemplar unic

1

**MINUTA  
ședinței Comisiei de Dialog Social Argeș  
din data de 27.03.2024**

În cadrul activităților de dialog social desfășurate de către Instituția Prefectului – Județul Argeș și partenerii sociali în conformitate cu prevederile Legii dialogului social nr.367/2022, în data de 27.03.2024, ora 11.00, a avut loc ședința Comisiei de Dialog Social Argeș.

Lucrările ședinței au fost conduse de domnul Subprefect Bogdan Ionuț Minciunescu.

La ședință au participat reprezentanți ai Instituției Prefectului – Județul Argeș, ai Consiliului Județean Argeș, ai serviciilor deconcentrate și reprezentanții a patru dintre cele șapte confederații/federații sindicale și patronale - membre ale Comisiei.

Domnul Subprefect mulțumește pentru prezență și dă citire Convocatorului, respectiv

**Ordinea de zi:**

**"1. Problematicile sistemului sanitar de urgență.**

**2.Propuneri pentru atragerea medicilor în sistemul de medicină de urgență din Județul Argeș, în special la Serviciul Județean de Ambulanță Argeș.**

Prezintă: Direcția de Sănătate Publică Argeș.

Serviciul Județean de Ambulanță Argeș.

**2.DIVERSE.**

Cu mențiunea că, ulterior, dl.Ion Glișcă - CNIPMMR, va prezenta un material.

Apoi supune la vot minuta ședinței anterioare, care se aprobă în unanimitate.

1

DI.Subprefect – O să citesc eu materialul de la Ambulanță, pentru că dna.Avădani (Manager general SAJ Argeș)... sunt prinși acolo cu activitățile, având și un personal deficitar... m-a sunat și m-a rugat să-i prezint eu documentul pentru ședința de astăzi. Așa că, cu acordul dumneavoastră, o să vă fac eu prezentarea materialului dnei.Avădani - "Problemele sistemului medical de urgență".

" **Sistemul național de servicii medicale de urgență și prim ajutor calificat** este ansamblul de structuri, forțe, mecanisme și relații, organizate după aceleași principii și reguli, care utilizează proceduri integrate de management specializat și/sau calificat. **Asistența publică integrată de urgență** reprezintă asistența asigurată de instituțiile publice de stat aflate în structurile Ministerului Sănătății, Ministerului Afacerilor Interne și/sau în structura autorităților publice locale, precum și de Serviciul de Telecomunicații Speciale prin Direcția pentru apel unic de urgență 112. Ea include ansamblul de măsuri și activități cu caracter logistic, tehnic și medical, destinate în principal salvării și păstrării vieții. **Asistența medicală de urgență** reprezintă ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire.

**Urgența medicală** este definită ca accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi **urgență cu pericol vital**, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau **urgență fără pericol vital**, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital.

Problemele din sistemul medical de urgență sunt multe și variate, ele putând fi remediate, parțial sau chiar total, prin reglementări legale. Munca în sistemul de urgență are un caracter aparte și nu poate fi desfășurată decât de oameni implicați, bine pregătiți și cu o uriașă capacitate de rezistență la stres. Doar că de cele mai multe ori, personalul din sistemul de urgență este supus unui stres suplimentar datorită abuzurilor repetate ale pacienților și rudelor acestora, dar și ale personalului medical din spitale, cabinete medicale, instituții ale statului etc.

De la înființarea numărului unic de urgență 112, sistemul a fost asaltat de o mulțime de apeluri mai mult sau mai puțin justificate. Această situație a fost amplificată de faptul că apelul la 112 este gratuit, pe de o parte, iar pe de altă parte publicitatea – sunați la 112 pentru orice "urgență"... și de aici a început totul... Lipsa totală de educație sanitară a populației generale din România coroborată cu lipsa de responsabilitate și asumare a medicilor (de familie, și nu numai), dar și a populației, au condus la creșterea exponențială a numărului de solicitări prin 112 și a numărului de prezentări la UPU/CPU. "

Până aici avem de notat că o să facem solicitare la Ministerul de Interne și S.T.S. – să se găsească cadrul legal pentru a sancționa foarte drastic persoanele care sună la 112 și nu au o nevoie strictă medicală. Trebuie găsită o soluție, e un abuz total!

" Aproximativ **80%** din solicitările înregistrate la 112, și din prezentările la UPU/CPU, **NU SUNT URGENȚE!** Cea mai mare parte a solicitărilor sunt pentru bolnavi cronici, cu tratament neglijat de familie, cu medici de familie neimplicați, care nu își supraveghează pacienții."

Aici să se gândească dl.Ionuț Gheorghe (Director general C.A.S. Argeș) ce poate să ne spună în contra-răspuns, îl rog!

"Marea majoritate a problemelor pentru care se apelează la serviciile de urgență ar putea fi tratate cu succes de către medicii de familie dacă aceștia s-ar implica măcar puțin în meseria pe care o practică.

O altă categorie a solicitărilor, destul de mare, este formată din solicitări abuzive. Toată lumea sună la 112 pentru că are dreptul, pentru că plătește asigurări, pentru că poate, și mai ales pentru că au fost încurajați să facă asta. Iar serviciile publice de ambulanță trebuie să onoreze toate, dar absolut toate solicitările. Iar medicii din UPU/CPU trebuie să consulte toți pacienții care se prezintă în aceste servicii. Pentru că așa e legea. Pentru că cei care au conceput această lege, nu s-au gândit că oamenii vor solicita aceste servicii de urgență pentru absolut orice (nod în gât, a căzut din pat – solicită echipaj de ambulanță să îl ridice, a visat urât, i s-a ridicat părul pe burtă....). În data de 11 februarie 2024 a apărut un articol în presă: "Un argeșean a sunat la 112 de 31.000 de ori în ultimul an. Omul nu avea nici o urgență." Iar legea este concepută în așa fel încât nu poți face nimic.

Pacienții și aparținătorii agresivi, bolnavii psihici sunt o altă problemă a sistemului de urgență, pentru care, din nou, nu s-a găsit nici o soluție."

Vă anunț că avem 31 000 de bolnavi psihic în Argeș!

"Forțele de ordine nu ajută, personalul medical este de multe ori călcat în picioare, batjocorit, umilit și nimeni nu ia măsuri. Dar dacă personalul medical imobilizează pacientul, sau îl sedeează fără acord sau refuză să-l consulte, lucrurile se schimbă. Riscă să fie amendați, sancționați disciplinar, concediați, se fac dosare penale, sunt condamnați... Întrebarea ar fi – dacă toți ceilalți au drepturi, personalul medical din sistemul de urgență de ce nu are?"

Și aici fac o paranteză. Un asistent mi-a povestit că s-a dus la intervenție la Merișani și, din senin, l-a strâns de gât... Și aici am venit eu cu o modificare, și vă rog să se consemneze, ca STS-ul să pună la dispoziția Serviciilor de Ambulanță acces la aplicație ca să se știe că este "Ionescu de la Merișani", dar să se știe și despre el ce ocupație are și dacă este bolnav psihic. Adică să fie verificat într-o bază de date.

Dacă vă oprește Poliția și vă introduce datele, să știți că se aprinde cu roșu dacă sunteți în urmărire, îți spune și profesia, cine ești, îți arată totul.

" Resursele insuficiente (umane și tehnice/materiale) raportate la populația județului, la suprafața județului, la nr de solicitări, la infrastructură, sunt o altă mare problemă a sistemului medical de urgență. Conform noilor normative, numărul autosanitarelor de la nivelul județului Argeș ar trebui să fie de aproximativ 140 (tip C, B, A, ACD), față de 60 câte sunt la acest moment."

Fac o paranteză pentru că sunt un fan al detaliilor. Ambulanța tip C1 – este terapie intensivă, C2 – aveți medic pe ea. Vedeți undeva în dreapta sus, că au pe ele. Ambulanțele B1, A1 sunt cu asistent medical. Și aveți unele ambulanțe care nu au decât șofer pe ele. În cazuri grave, dacă aveți pe cineva care prezintă risc major, cereți direct, prin 112, ambulanță cu medic C2. Să țineți minte, că poate salva vieți!

" În plus, tot conform noilor normative, 50 din cele 60 autosanitare ar trebui scoase din uz datorită vechimii sau numărului de km. De asemenea, resursa umană este insuficientă la acest moment, atât din punct de vedere al personalului medical superior, cât și din punct de vedere al personalului sanitar mediu și auxiliar."

Nu a scris aici, dar avem doar 27 de medici "astăzi", pe Ambulanță.

" Personalul operativ existent la acest moment la SAJ Argeș efectuează, în mod constant, lună de lună, 40-50 de ore asimilate celor de gardă (conform OMS 870/2004, cu modificările și completările ulterioare), doar pentru a asigura la nivel minim o acoperire teritorială acceptabilă. De asemenea, ar trebui ținut cont și de faptul că personalul operativ al SAJ Argeș are o medie de vârstă de peste 50 de ani și, ca urmare, apare o creștere semnificativă a numărului de îmbolnăviri, deci de indisponibilitate a personalului pe anumite perioade de timp. Oamenii sunt epuizați, ca urmare și riscul de îmbolnăvire crește. Pentru a putea gestiona cât mai bine volumul de muncă de la nivelul SAJ Argeș ar fi necesară suplimentarea normativului actual de personal cu minim 100 de posturi (medici, asistenți medicali, ambulanțieri/șoferi autosanitară, operatori-registratori de urgență)."

Deci, de la 27 la 100! Ar trebui să trimitem către Ministerul Sănătății necesarul SAJ din materialul de astăzi, pe toate categoriile.

" O altă problemă a sistemului medical de urgență o reprezintă acoperirea deficitară la nivel județean din punct de vedere al asistenței medicale de urgență. Și aici fac referire atât la substații sau puncte de lucru ale SAJ, cât și la spitalele municipale și orășenești. Ca și exemple ar fi zona de sud a județului Argeș, unde cel mai apropiat spital (dacă îl pot numi așa) este la 40 de km, iar infrastructura rutieră este cea pe care o cunoaștem, zona montană, zona de nord-vest a județului unde este în curs de construcție tronsonul de autostradă Curtea de Argeș - Tigveni – Cornetu, zona DN7 – Dealul Negru și altele. Înființarea unor substații de ambulanță pentru a asigura urgențele în aceste zone este greoaie, mai ales din cauza dificultății obținerii unor posturi suplimentare pentru a putea asigura resursa umană în aceste puncte, dar și din lipsa autosanitarelor care ar trebui să deservească substațiile. "

Odată cu darea în folosință a autostrăzii – 2027. Să trimitem către D.S.U., și în copie la Ministerul Sănătății, să se înființeze un *punct hibrid* în zona Sălătrucu – Șuici – Tigveni, să avem Ambulanță, Poliție, Pompieri. Pentru că vom avea autostrada și vor fi foarte multe accidente.

" În plus, spitalele municipale și orășenești din aceste zone ar trebui dezvoltate, serviciile medicale ar trebui diversificate iar compartimentele de primiri urgențe ar trebui să funcționeze la capacitate maximă pentru a asigura accesul pacienților la servicii medicale de calitate și pentru a degreva UPU Pitești de numărul mare de pacienți care sunt transferați din teritoriu către Spitalul Județean. De fapt acesta ar trebui să fie rolul spitalelor mai mici: de a sprijini, și nu de a îngreuna activitatea UPU Pitești și implicit a SAJ Argeș.

Cred cu tărie că dezvoltând spitalele mai mici din județ am asigura un acces mai bun al pacienților la servicii medicale de calitate și am evita agravarea patologiilor existente în rândul pacienților, risipa de resurse dar și supraaglomerarea și epuizarea personalului din sistemul de urgență."

DI.Arsene (DSP), dl.Gheorghe (CAS), o să vă rog să dezbatem puțin fraza asta...

" În cele din urmă, cea mai serioasă problemă a sistemului medical de urgență este legislația restrictivă și învechită după care funcționează. Regulile și restricțiile nejustificate, competențele limitate, birocrăția interminabilă, activitatea restricționată de o legislație care în loc să sprijine pacientul, îngreunează accesul acestuia la servicii medicale de calitate. Și pe lângă aceasta, încurajează risipa de resurse și de bani publici. Încurajează nepăsarea, lipsa de empatie,

discriminarea, declinarea competențelor... pe scurt, fuga de răspundere. Pacientul nu mai este responsabilitatea nimănui într-un sistem în centrul căruia ar trebui să fie tocmai **Pacientul.**"

Aveți cuvântul, cine vrea să intervină! Este o comisie de dialog.

DI.Mihail Arsene – DSP Argeș – Trebuie să recunosc că nu este în atribuția mea să mă ocup de partea de Urgență, dar recunosc că *medicina de urgență* este o specialitate foarte grea, foarte solicitantă, în care colegii medici, când termină facultatea, se feresc să intre în rezidențiat. Părerea mea este că atâta timp cât nu se face o separare distinctă și clară între medicii care lucrează la Stat și cei care lucrează în privat, toată lumea își alege specializări ușoare, simple, în așa fel încât, după ce se angajează în spital de stat, la ora 12,00 pleacă și lucrează în clinicile private. În clinici, în mai multe, nu doar în una singură. Știu colegi din Spitalul județean care și-au făcut sistarea contractului pe 1 an, pentru că nu mai făceau față de câte ori erau chemați pe zi de pe secție, pe Urgență.

Dacă ați văzut, în afară de Spitalul județean, pe la Mioveni, Câmpulung și Curtea de Argeș, la celelalte spitale, respectiv Costești și cele din zonele limitrofe Piteștiului, nu sunt medici de specialitate în medicina de urgență. Sunt medici de medicină generală sau medici de familie, care au făcut niște cursuri de *urgente prespitalicești* și nu cursuri de *urgență spitalicească*, care se fac în București la Spitalul Floreasca și țin 6 luni. Au făcut maxim o lună de zile cursuri de urgență prespitalicească și atunci, cu aceste atestate, pot să facă gărzi și să presteze în *compartimentele de urgență*.

Ca și modalități de a-i atrage în specialitatea respectivă... cred că sunt puține. Salarizarea este suficientă din punctul meu de vedere și cât ar fi de mare tot nu ar veni pe specialitatea respectivă, deoarece cazuistica, complexitatea cazurilor, consumul fizic și psihic sunt foarte mari în aceste secții, compartimente și unități de primiri urgente. La care se adaugă, într-adevăr, faptul că nu sunt urgențe majore. Majoritatea sunt urgențe minore sau medii, timpul de așteptare este mare și foarte multă lume este nemulțumită... pentru că toți, la cea mai banală răceală, cu febră 38, "suntem o urgență".

Medicii de familie, de la ora 16,00-17,00, vineri, până luni dimineata, sunt INEXISTENȚI. Există acele centre de permanență, cred că sunt vreo 9 sau 10 în județ, unde se duc medici de familie, dar, din ce știu eu, nu au o activitate deosebită.

Nu știu ce modalități am avea la ora actuală, să putem determina medicii tineri care fac rezidențiatul, să încerce să facă și pe *medicina de urgență*.

DI.Subprefect – DI.Voica, ce mai face CJ-ul cu locuințele ?

DI.Ionel Voica (C.J.Argeș) – La Ștefănești.

DI.Subprefect – Când ?

DI.Ionel Voica – Mi-e greu să vă dau un răspuns.

DI.Subprefect – Ne aduceți data viitoare un răspuns la tema asta ?

DI.Ionel Voica – Absolut!

DI.Subprefect – Vom face o adresă la C.J. în sensul ăsta.

DI.Mihail Arsene – Cam asta am avut de spus. DSP-ul nu are un compartiment care să se ocupe strict de partea de *urgență* spitalicească și prespitalicească.

DI.Subprefect – În momentul în care DSP-ul se duce... ne-au trimis nouă petiții, în care cetățeni ai județului ne solicită...

DI.Mihail Arsene – Avem un *compartiment de inspecție* și se pleacă în control unde au fost făcute sesizările.

DI.Subprefect – Dar nu se lasă cu un *plan de măsuri* în care i se cere cuiva să facă angajări ? Pe la Ambulanță, pe la...

DI.Mihail Arsene – Nu știu să vă răspund, îmi cer scuze... N-am auzit să se lase vreodată cu planuri de măsuri sau să angajeze pe cineva, atâta timp cât, probabil, spitalul respectiv nu are fonduri decât de salarii și, eventual, să-și plătească utilitățile. Deci nu știu dacă lasă plan de măsuri să facă angajări.

DI.Subprefect – Pentru mine, sistemul medical de urgență are o hibă identificată și anume: în momentul în care Minciunescu este luat pe ambulanță, dacă între 18,00 – 19,00 se duce la UPU, este schimb de tură. Eu vreau să fie ca în străinătate, când îl ia pe Minciunescu la ambulanță, sistemul de urgență să aibă integrat, să-și facă "bucla". Până îl urcă pe salon vindecat sau îl dă la IML, vreau să se încheie "bucla". Adică aceeași persoană. Să nu aibă răspundere doi pe unul, din sistemul de urgență. Acum l-a luat pe Minciunescu, îl duce dup-aia cu targa, îl transferă la UPU. Sistemul trebuie să fie ciclic, să-l facă un medic sau un asistent. La cazuri grave, nu la temperaturi 38.

DI.Mihail Arsene – Când vine ambulanța acasă să te consulte, fie că vine cu medic, fie că vine cu asistent, sunt obligați să dea primul ajutor la domiciliu.

DI.Subprefect – La situații de urgență trebuie să intervenim în 30 de minute. Nu putem lăsa la deliberarea unui singur om, care e acum la ISU în dispecerat, că e de ATI sau nu. Trebuie să fie persoana care decide dacă e grav, în sistemul de urgență, șă când e să se urce într-o mașină rapid, că lui Minciunescu îi e rău. E grav!

DI.Mihail Arsene – Într-adevăr, este greu ca acest dispecer să discearnă dacă este o urgență majoră sau nu. Pentru că, de obicei, persoanele care sunt mai în vârstă, și eu sunt unul dintre ele, puțin exagerează. Știu că dacă spun o simptomatologie banală nu vine nicio salvare sau vine în 3 ore.

DI.Subprefect – Pentru că nici aici nu avem rigoare noi ca cetățeni. Aveți dreptate!

DI.Mihail Arsene – Și atunci salvarea vine, constată că e o urgență medie sau minoră și acordă primul ajutor la domiciliu, după care îl sfătuiește să se prezinte la medicul de familie sau, a doua zi, să-și facă niște analize și investigații.

DI.Subprefect – Aveți cuvântul, dl.director (CAS)!

DI.Ionuț Gheorghe – C.A.S. Argeș – În primul rând, când ne propunem să facem ceva pe Sănătate, să punem toți actorii implicați la masă, și anume, și Asociația Medicilor de Familie și cel puțin directorii medicali ai spitalelor care au în structură compartimente de primiri urgențe și unități de primiri urgențe. Adică, dacă discutăm despre organizarea unităților sanitare, corect este să fim toți actorii la masă.

DI.Subprefect – Nu, vorbim doar despre sistemul de urgență, nu fac referire la sistemele din spital. Fac referire doar de unde ia pacientul, până îl duce la UPU.

DI.Ionuț Gheorghe – Din material văd că discutăm doar despre medici de familie care nu-și fac treaba. Eu nu sunt de acord cu treaba asta! Discutăm despre salarizare suficientă la medici în spitalele publice, iarăși nu sunt de acord cu treaba asta! Pentru că noi, aici, cu SANITAS-ul, avem mai multe abordări ca să atragem resursa umană. Vă dau ca exemplu: noi – Casa de asigurări de sănătate, alergăm după medici de familie, pentru că gradul de îmbătrânire

este... astăzi avem peste 100 de medici de familie care au peste 67 de ani. Deficitul este imens! Ce poate asimila medicul din contract cu Casa... medicul de familie este de cel puțin 3 ori cât poate să-i dea spitalul public. De medicul de specialitate nu mai zic. Că medicul care merge direct în contract cu Casa, în ambulatoriu, are salarizarea de cel puțin 2 ori cât ia în spitalul public.

Noi, ca și instituții, ținem legătura permanent, atât cu ISU, cât și cu Serviciul de Ambulanță. În momentul în care noi am fi deschis *cutia Pandorei*, ca să migreze medicii și, cel puțin, care-i mai are *sistemul public de ambulanță* să vină ca și medici de familie la o salarizare mult mai mare, ar fi fost cu atât mai rău.

Și de aici, suntem de acord și chiar vrem, dar să mergem în concret cu modificări de legislație, ca medicii pe care noi îi plătim în gărzi, în centrele de permanență, pentru UPU... Nu este nouă propunerea noastră. Ca să degrevăm UPU de urgențe de cod verde - sunt peste 90%, să știți. Un centru de permanență în proximitatea UPU, prin care pacientul să ajungă să fie degrevat... Nu mai stai *n ore* la UPU pentru o urgență minoră.

Substații de ambulanțe în proximitatea centrelor de permanență. Noi avem astăzi două abordări, le-am văzut și la dumneavoastră acolo.

Avem solicitare de la Comuna Bârla, care are centru de permanență și poată să pună la dispoziție, ambulanței, spațiul. Ambulanța - dacă își deschide o substație, poate să meargă doar cu ambulanțier și asistent, dar trebuie modificată legislația centrelor de permanență ca, cel puțin pentru emitere certificate de deces, unde implică legea, obligatoriu, medic, să putem coopta medicul din centrul de permanență, prin *sistemul 112*. Adică nu pleacă medicul de la Costești pentru o eliberare de certificat de deces la Stolnici. Și, între timp, ai un infarct la Costești, un accident la Costești... Suntem de acord ca medicii pe care noi îi plătim în centre de permanență, și medicii sunt de acord, să fie cooptați pentru situații care pot apărea.

În zona de nord... comuna Tigveni a venit cu o propunere de a-și înființa, în viitor, un centru de permanență. Comuna Tigveni fiind Tigveni, Poienari de Argeș, adică.

Resursa umană rară de la *serviciile de urgență* o puteți complementa cu resursa umană - medicide familie care fac gărzi și care pot fi cooptați. Dar trebuie neapărat modificată legislația.

Am discutat despre Psihiatrie. Am fost la ministerele de resort și anume la Ministerul Fondurilor Europene să discutăm de două lucruri. Avem Ordonanța 55/2023 - Planul Național de Investiții în Sănătate și avem Programul Operațional Sectorial de Sănătate. Dacă le vom studia împreună, o să vedeți că pacientul psihiatric este cuprins de a fi tratat doar în ambulatoriu. Lucru care nu este în regulă.

DI.Subprefect, avem, pe circuit guvernamental, act normativ de revenire la Planul Național de Investiții în Sănătate. Si să ne aplicăm atent, inclusiv cu sindicatele, care au foarte multă implicare în zona asta și să constatăm cu toții că, de fapt, la Psihiatrie, pacientul psihiatric - nu-l poți programa, pentru că riști ca un decompensat...

DI.Subprefect - Să-l bată cum a făcut cu asistentul ăla, l-a luat de gât...

DI.Ionuț Gheorghe - Am avut problematica azilelor, că am văzut că se leagă și cu Sănătatea. Adică pacientul care are o componentă importantă de asistență socială și asistență medicală, cum avem Compartimentul de lungă durată - că mă întorc la Psihiatrie, la Vede... Acele tipuri de contractări cu Casele, acele paturi, similar cu paturile de îngrijiri paliative, ar trebui scoase din *Planul național de paturi*, pentru că avem o componentă socială, dar și medicală.

A doua discuție pe care am avut-o la Ministerul Fondurilor Europene, a fost cu uams-urile. Uams-urile nu sunt recunoscute nici în Planurile naționale de investiții...

Dna.Daniela Moldoveanu-Horlaville - A.J.P.I.S.Arges - Pot să completez eu cu ceva?... Pe partea de vârstnici, în mod deosebit pe uams-uri, există proiecte trecute de modificare a

standardelor minime de calitate la noi în asistența socială, iar pe partea de uams, strict, sunt trei propuneri care, în principiu, vizează transformarea lor. Pot fi:

1. unități spitalicești cu paturi;
2. centre de îngrijire vârstnici transformate în cămine de bătrâni;
3. centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități.

Aceasta este propunerea Băncii Mondiale. Acuma... ministerul încă nu a agreat. Abia au aprobat astăzi *legile asistenței sociale*.

DI.Subprefect – Dar ce sunt uams-urile?

DI.Ionuț Gheorghe – Unități medico-sociale care au personalul plătit de Ministerul Sănătății, prin Direcția de sănătate publică.

Dna.Doina Fănică - C.N.S.L.R. "FRĂȚIA"- Doar medicii și asistenții. Restul personalului, prin Consiliul județean, în subordinea cărora se află.

DI.Ionuț Gheorghe – Dar avem problema mare de investiții în *rezidențial*. Nu avem spații efective. De aceea, am pus problema și pe *Strategia persoanelor vârstnice*, ca, în planurile de investiții, să cuprindem, pentru public, bineînțeles, fie CJ-ul sau fie uat-uri, ca aceste tipuri de rezidențial să fie prinse, eligibile, ca să putem să și construim, pentru că nu poate Consiliul Județean sau Primăria X să-și asume o finanțare de 100%, când ea, în *Legea sănătății*, este prinsă ca unitate sanitară.

Dna.Daniela Moldoveanu-Horlaville – A.J.P.I.S.Argeș – Forma de *uams* nu se dorește a mai rămâne. Noi avem 5 uams-uri în Argeș.

DI.Ionuț Gheorghe – Călinești-ul are unitate medico-socială și, dacă Statul Român va ajunge la o decizie corectă... Bănuiesc că știți locația de acolo, da? Acolo avem 4 ha în curtea spitalului și, dacă se găsește eligibilitate, cu o componentă mică de cofinanțare, acolo se poate construi o unitate medico-socială la standarde... exact ce spuneți dumneavoastră.

DI.Subprefect – E foarte bună locația, e undeva pe centru.

DI.Ionuț Gheorghe – DI.Subprefect, ne întoarcem tot la resursa umană deficitară. Dacă ne vom duce cu unități de îngrijire persoane vârstnice la depărtare de unități sanitare care au medici, vor deveni nesustenabile. Dacă le ai în același areal, nu vor mai fi nevoiți să angajeze medici.

DI.Subprefect – Pot să fac o paranteză?... Și dacă vine... o viziune a dumneavoastră pe care mi-ați explicat-o cu un drum care să vină de la Spitalul Mioveni... cum ar fi? 9 kilometri. Vorbim de lucruri care trebuie construite.

DI.Ionuț Gheorghe – În primul rând, ne întoarcem la resursa umană. Dacă noi considerăm că în Zona Topoloveni ne mai permitem secții chirurgicale, vorbim povești. Medicii de terapie intensivă sunt rari, nu avem nici în spitalul județean.

Și, în mod corect, acea populație din Zona Topoloveni, dacă îi dai accesibilitate către Spitalul Mioveni, ai rezolvat problema.

DI.Subprefect – Cine a luat problema cu drumul?



Dl. Ionuț Gheorghe – Drumul este județean, este apanajul Consiliului Județean, este catagrafiat.

Dl. Subprefect – Să facem o adresă la Consiliul Județean, dacă e prevăzut să-l facă pe fonduri europene.

Dl. Ionel Voica – Consiliul Județean Argeș – Eu înțeleg acest aspect, dar cred că accesul către Mioveni se face pe drumul național.

Dl. Subprefect – Dacă mergi pe varianta de la FCN, ajungi imediat la Călinești.

Dl. Ionel Voica – Acum este cea scurtătură pe Ștefănești.

Dl. Ionuț Gheorghe – Dacă noi dorim să degrevăm Spitalul Județean și acea zonă să fie preluată de către Spitalul Mioveni, cred că suntem în complementaritate cu totul. Dacă dumneavoastră considerați că va trece pacientul din Zona Topoloveni, pe la Ștefănești, să se ducă la Mioveni, ca să degrevăm Spitalul Județean....

Dacă doriți să discutăm și despre un obiectiv de învățământ, o să vă explice dl. Voica câtă nevoie este. Dar nu este obiectul de astăzi.

Împreună cu SANITAS am studiat ce soluții ar fi și în concordanță... bănuiesc că știți Masterplan-ul pe Sănătate și Strategia de Sănătate – propune, în mod corect și, referitor la resursa umană, reconversie din Secții de *Acut* în *Cronic*.

Ce ne spunea dl. Arsene (DSP)... viitorul va fi și mai sumbru! Nu-și vor mai permite spitalele orășenești... Nici acum, dacă ne uităm exact pe legislație, *compartimentele de primiri urgente* nu sunt ceea ce trebuie.

Dna. Doina Fănică – Și nu mai fac față.

Dl. Subprefect – La Mioveni e până la 2,00. De ce e până la 2,00 și după 2,00 se blochează tot?

Dl. Ionuț Gheorghe – Noi susținem la *Legea salarizării* să avem salarizare diferențiată, funcție de unitatea sanitară. Adică nu este normal să ai salarizare la spital de urgență egală cu salarizare la spital de categoria IV.

Referitor la absorbția fondurilor de la Casă. Spitalele municipale și orășenești au toată posibilitatea de a se orienta către spitalizare de zi și ambulatoriu clinic, unde avem finanțare fără valoare de contract. Necesarul de servicii medicale pe spitalizare de zi este imens. Dacă vor ieși cu personalul medical care-l au la spitalizare de zi, nu avem valoare de contract. Chiar dacă procedural ai o valoare estimată de contract, noi decontăm până la nivel realizat în luna următoare pentru luna în curs. Deci, fondurile Casei pot fi suplimentate fără nicio problemă! Discutăm de ambulatoriul paraclinic, fie înaltă performanță, fie laborator de sânge. Pentru boli cronice, la fel. Plătim peste valoarea de contract.

Tot la Ministerul Fondurilor Europene am discutat... Noi trebuie să învățăm și din greșeli. Acele programe finanțate, pe screening.... Județul Argeș este dispus să intre, dar spitalele din Județul Argeș să fie ca parteneri corecți cu buget.

Județul Argeș are capacitatea de a implementa, spre exemplu, cancerul colorectal, fără ca pacientul să fie nevoit să facă colonoscopie la București. Dar în acest sens, ne ducem pe categorii de spitale, da? Spitalul orășenesc poate să facă prelevare, spitalul județean poate să facă anatomie patologică fără probleme.

Dl.Subprefect – Dar credeți că vom găsi vreodată ce-am auzit la Strategia pe Sănătate... drone între Spitalul Mioveni și Județean pentru laboratoare?

Dl.Ionuț Gheorghe – Dacă vreți, le vedeți la Bihor, dar nu trebuie să ajungem neapărat la drone.

La ședința de săptămâna trecută, am venit cu rugămintea, că acolo au fost și medici de familie și Colegiul farmaciștilor și Colegiul stomatologilor și spitale... am avut rugămintea la spitale să colaboreze între ele. Resursa umană care e rară... Oradea, de fapt, asta face. Folosește resursa umană.

Dacă se va aproba, referitor la *sistemul de urgență*, aceste tipuri de substații, venim cu o mână de ajutor imens. Când de fapt discutăm despre Ambulanță, noi ne ducem direct către pacient. Adică poate să se întâmple un accident sau un infarct, iar medicul să meargă conform legii.

Dl.Subprefect – Aveți road-map pentru centrele de proximitate care mai ies? Rucărul când îl inaugurăm?

Dl.Ionuț Gheorghe – Rucărul se va inaugura când se vor găsi medici.

Dna.Doina Fănică – La momentul actual, din cele 8 substații la nivel de județ, 3 substații sunt fără medic: Domnești, Rucăr, Mozăceni.

Dl.Ionuț Gheorghe – Acolo avem centre de permanență și medicii din centre pot fi cooptați.

Dna.Doina Fănică – Iar turele nu sunt asigurate nici cu asistenți medicali la capacitate. Sunt stații cu 2 asistenți și 3 șoferi. Deci este o mare problemă.

Dl.Subprefect – De ce am zis că luăm totul gradual?... Nu putem să rezolvăm noi totul. Sistemul de ambulanță, vrem – nu vrem, este o problemă. Ai zone în care crește turismul... Știți că Arefu are 75 000 de turiști anual? Numai cazați oficial. Nu mai vorbesc de cei care stau cazați prin cotloane neautorizate. Sățicul se duce în 40 000 anual. Se lovesc, se îmbată, își taie mâinile, unde se duc?

Dna.Doina Fănică – Este o mare problemă. Și ca o propunere pentru atragere de medici în sistemele deficitare – ambulanță, urgență, în afară de a i se oferi locuință de către autoritatea în subordinea căreia sunt unitățile respective, conform Legii 95, mai avem posibilitatea prin hotărâre de consiliu județean sau local, în subordinea cărora sunt, să se acorde stimulente financiare locale, în limita a două salarii minime pe economie. Am vorbit cu colegii în țară și au găsit două soluții: una – prin alocare de locuințe prin ANL și a doua - alocarea acestor stimulente financiare.

Dl.Subprefect – Dl.Ionuț Gheorghe, mergem până la Chișinău să facem întâlnire la Universitate, să le spunem să vină în Argeș? Hai să aducem moldoveni din Chișinău!

Dl.Ionuț Gheorghe – Noi suntem foarte implicați cu medicii moldoveni. Noi îi "fezandăm" pe unde putem. Avem, dar nu vin. Și dacă nu ne ducem fizic, să știți că noi suntem peste tot.

O domnișoară doctor din București, care este din Ciofrângeni și actualmente locuiește în Londra, a tot văzut ce facem noi pe aici și ne-a sunat acum vreo 3 săptămâni, dacă avem ceva disponibil în Argeș, să vină înapoi. I-am recomandat, că avem lângă Ciofrângeni și anume comuna Poienari de Argeș, care a rămas fără medic și unde noi putem ajunge cu finanțarea până la

10 000 euro/lună/medic de familie. Deja a luat decizia și, până la finalul lunii martie, dumneaei deja va merge să vadă locația.

Dl.Subprefect – Acum aveți o hartă a locurilor disponibile din sistemul medical?

Dl.Ionut Gheorghe – Riscul este atât de mare... Vă dau exemplul Pietroșani. Degeaba au 3 medici, dacă unul dintre ei are accident vascular, celălalt îl îngrijește pe cel cu accident vascular... La Brăduleț, la fel. Adică peste tot în județ avem probleme cu vârsta înaintată a medicilor. Centrul universitar București, anul trecut, "a produs" doar 14 specialiști de medicină de familie. Momentan, doi au venit în Argeș. Încă lucrăm cu cei doi, poate conving și alți colegi să vină ca medici de familie. De aici vă spun că riscul pe sistemele de urgență este cu atât mai mare.

Dl.Subprefect – Avem două Ministere: Sănătate cu Educație. Vorbesc între ele să impună niște clase obligatorii? Te duci la Medicină, faci numai Dermato și Venerologie? De ce scot locuri atât de puține?

Dna.Doina Fănică – Decizia este a celui care își dorește să facă specializarea.

Dl.Subprefect – Dar Statul nu mai știe de ce are nevoie, să vină să impună niște clase? Subiectul a fost foarte bun! Din criză de timp...

Dna.Doina Fănică – Solicitățile de deblocări de posturi, 100, faceți dumneavoastră demersuri?

Dl.Subprefect – Doamna Avădanei. Iar pentru acele posturi care s-au cerut, o să plece și de la noi solicitare, că am luat act de ele în Dialogul Social și vom cere un răspuns Ministerului Sănătății.

Dna.Doina Fănică – Având în vedere că prin cele două memorandumuri, din ianuarie și... să se deblocheze, de urgență, și la Ambulanță.

Dl.Subprefect – Noi trimitem și la MAI, și la Cancelaria Prim-Ministrului. Ne facem treaba.

Aveți cuvântul, dl.Glișcă!

Dl.Ion Glișcă - Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România – Reprezintă Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii și, în această calitate, îmi fac datoria de a prezenta o tematică pe care noi o avem la nivel național, solicitări pe care noi le avem făcute la Prim-Ministru și la Ministrul Economiei, la Parlament.

Consiliul Național al IMM-urilor respinge scăderea pragului de încadrare în categoria microîntreprinderilor de la 500 000 de euro la 100 000 de euro, din această măsură rezultând aplicarea cotei de 16% pe profit, în locul celei de 3% pe venit pentru microîntreprinderi.

Raportat la profitul de aproximativ 24 de miliarde de lei obținut de microîntreprinderi cu venituri între 500 000 – 2 500 000 lei (100 000 – 500 000 de euro) în anul 2022, rezultă că acestea, dacă s-ar aplica cota de 16% pe profit, ar plăti un impozit de aproximativ 3,85 miliarde lei. Practic, microîntreprinderile ar plăti impozite cu o valoare totală mai mare de aproximativ 600 de milioane de lei, față de suma plătită ca impozit de 3% pe venit.

Efectele negative ale reducerii pragului pentru încadrarea în categoria microîntreprinderilor – În condițiile trecerii la impozitul pe profit de 16%, în urma scăderii pragului

pentru microîntreprinderi la 100 000 de euro, modificarea sistemului de impozitare va afecta negativ mediul de afaceri:

-majorarea cheltuielilor va fi transferată în prețurile de vânzare a produselor și serviciilor, rezultând creșterea inflației. Și domnul Prim-Ministru a fost de acord cu acest lucru;

-creșterea costurilor de producție generează scăderea competitivității produselor și serviciilor românești și pierderea de piețe de desfacere. Se mai adaugă și prețul gazului, al carburanților;

-lipsa de lichidități la nivelul companiilor va conduce la diminuarea investițiilor și încetinirea/renunțarea la proiectele de modernizare/digitalizare.

Eu vă spun că începutul acesta de an a fost dezastruos: o scădere de vânzări, nu sunt bani pe piață! Singurul produs pe care îl oferă Guvernul României este IMM INVEST, care deja este solicitat și nu alocă destui bani pentru câte solicitări avem nevoie. Pentru că la finanțările bancare abia acum a mai început să scadă ROBOR-ul, sunt destul de grele.

În realitate, introducerea întreprinderilor legate în calculul plafonului pentru microîntreprinderi va afecta un număr mai mare de întreprinderi care vor aplica impozitul pe venit, decât cele care au avut venituri peste 100 000 de euro în 2023.

CNIPMMR reamintește că în PNRR-ul aprobat sunt menționate modificări ale sistemului de impozitare a microîntreprinderilor, astfel:

-jalonul 206, Revizuirea cadrului fiscal, Intrarea în vigoare a modificărilor aduse Codului fiscal, care reduc treptat domeniul de aplicare al regimului fiscal special aplicabil microîntreprinderilor, prevede: "Noua lege va modifica Codul fiscal în vederea reducerii graduale a ariei de aplicabilitate a regimului special de taxare pentru microîntreprinderi. Reducerea dispozițiilor speciale începe în T1 2023 și se finalizează în T2 2024".

Astfel de situații au fost generate de lipsa de transparență în cadrul consultărilor publice cu organizațiile mediului de afaceri, societatea civilă și sindicatele în procesul de elaborare al PNRR.

Prevederile, care afectează negativ microîntreprinderile, au fost introduse fără implicarea reprezentanților mediului de afaceri, și în special al IMM-urilor, iar în acest mod nu s-a reușit identificarea corectă a nevoilor mediului de afaceri, raportat la scopul PNRR.

Prin promovarea unei politici publice lipsite de transparență, decidenții politici de la acel moment, nu au realizat consultări cu partenerii sociali, ci doar au comunicat sporadic și selectiv anumite idei care sunt incluse în PNRR.

Practic, cu acest motiv cu PNRR-ul, Guvernul, de anul trecut din iulie, ne-a ținut în stres continuu și a modificat continuu Codul fiscal și nivelul salariului minim permanent și au reușit să bulverseze mediul de afaceri, în special firmele mici, microîntreprinderile, care reprezintă 80% din numărul total de firme. Deci, ei sunt inconștienți! În loc să-i încurajeze pe cei care produc și susțin mai mult de 60%... Nu se acordă stimulente pe domeniile de activitate, așa cum au fost pe IT, pe construcții.

Vă dau exemplu în Mioveni: magazine mici, și alimentare, și nealimentare se închid! Dacă fac import, fac atâtea hârtii pentru o factură de 5 000, 10 000 de euro, că se lipsesc. Atâta birocrație cu care ne-a împovărat, duce la reducerea numărului de firme, reducerea numărului de angajați.

Dl.Subprefect – A fost calculat impactul asupra inflației?

Dl.Ion Glišcă - Mi-ați ridicat mînea la fileu! La venitul net al salariului minim, pentru că și cei de la Ministerul Muncii și de la Prim-Ministru, vorbesc de salariul brut. Noi am obținut, Consiliul Național, acum 2-3 ani, 200 de lei neimpozabili care, acum în iulie, dispar. Anul trecut am solicitat 400 de lei neimpozabili. De unde să creștem salariul minim la 3 700 de lei? Dar, din aceștia, dăm 400 de lei neimpozabili, ca să-i vină netul la angajat, să-i dau mai mult, să-l stimulez.

Că, dacă nu-l stimulez, pleacă. Așa migrează oamenii și în străinătate, pleacă la firme mai mari care ni-i atrag ca experiență și le asigură o garanție a venitului. Firmele mici oscilează și sunt în pragul de a închide.

Vorbesc cu magazine, cu furnizori din țară și din Polonia și nu vă spun ce dezastru există. Sunt afaceri de peste 25 de ani, așa cum sunt ele, au supraviețuit! Trebuie să facem echipă cu cei de la Sindicat, de la București, să susținem ca la salariul de la 1 iulie.... se face atâta propagandă, că în anul ăsta electoral... Dar, în anul ăsta electoral, tot în noi dau. Nu este corect ca greutățile la bugetul de stat să fie suportate doar de noi. Cheltuielile cu aparatul bugetar imens care există, cresc în continuare în loc să scadă.

Dl. Dan Atanasiu - Aici, dl. Glišcă s-a exprimat greșit. Păi numai noi le suportăm! Pentru că bugetul statului e alimentat numai de către impozitele plătite de firme și de impozitele pe salarii plătite de angajații noștri! În rest, toată lumea mănâncă din banii noștri!

Dl. Ionuț Gheorghe – Aici nu sunt de acord, pentru că impozit pe venit plătim și noi, CASS plătim și noi!

Dl. Dan Atanasiu - O luăm de la capăt! Eu dau banii la Stat, Statul dă banii doamnei, doamna dă banii înapoi la Stat. Salariul dumneavoastră brut e din banii mei!

Dna. Daniela Moldoveanu-Horlaville – AJPIS Arges - Bun! Și ce propuneți dumneavoastră? Să facem muncă *pro bono* toți?

Dl. Ion Glišcă - Nu propun nimic. Era o....

Dl. Subprefect – Dacă cineva are o părere diferită, nu înseamnă că ne e dușman.

Dna. Daniela Moldoveanu-Horlaville – Nu, dar cred că și dl. Gheorghe și noi toți, Ministerul Muncii... Primul lucru pe care-l spune beneficiarul, care de cele mai multe ori este un asistat social și nu a contribuit la bugetul statului niciodată cu 2 lei, că el n-are proprietăți, n-are nimic, dar merge cu BMW-ul nu mai comentez, este că suntem plătiți din banii lui și... noi când auzim asta.... deja ne-ați pierdut.

Dl. Ion Glišcă - O rugăminte. Trimiteți materialul la dl. Ciolacu, pentru că în februarie am fost față în față cu dânsul și i-am povestit. Ne-a promis că ia în calcul reducerea impozitării unice și, în special, la salariul minim.

Dl. Subprefect – Dar dumneavoastră când aveți întâlniri cu dl. Prim-Ministru, veniți și cu impactul negativ asupra...?

Dl. Ion Glišcă - Sigur că da!

Dl. Subprefect – Vă mulțumesc pentru prezență!

La ședință au fost convocați membrii Comisiei, conform Legii dialogului social nr.367/2022 și au participat următorii reprezentanți :

Din partea administrației

- Dl. Bogdan Ionuț Minciunescu – Subprefectul Județului Argeș
- Dl. Ionel Voica – Consiliul Județean Argeș
- Dna. Mihaela-Anca Banu – Administrația Județeană a Finanțelor Publice Argeș
- Dna. Daniela Moldoveanu-Horlaviu – A.J.P.I.S. Argeș
- Dna. Grația Vlădoiu – Inspectoratul Teritorial de Muncă
- Dna. Chiriță Florina – A.J.O.F.M. Argeș
- Dna. Carmen Rădulescu – Casa Județeană de Pensii Argeș
- Dl. Sebastian Florescu – inspector – Inspectoratul Școlar Județean Argeș
- Dl. Arsene Mihail – Direcția de Sănătate Publică Argeș
- Dl. Ionuț Gheorghe – director Casa de Asigurări de Sănătate Argeș

Din partea Confederațiilor/Federațiilor sindicale și patronale

- Dl. Răzvan Rădulescu - Confederația Națională Sindicală „CARTEL ALFA”
- Dna. Doina Fănică – Confederația Națională a Sindicatelor Libere din România “FRĂȚIA”
- Dl. Adrian Voica – Confederația Sindicatelor Democratice din România
- Dl. Ion Glișcă – Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România
- Dl. Dan Atanasiu – Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România

**PREFECT**

**LUCIAN DRAGOȘ PREDESCU**



IPAG/SDEMSPD/ALP

*Argeș*