



NR.ÎNREGISTRARE: 103/07.06.2026

MEMORIU TEHNIC

Către: Primul Ministru al României

Referitor la: Proiectul de Ordin pentru completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 180/2022

I. INTRODUCERE ȘI CONTEXT

Patronatul Medicilor Specialiști cu Practică Independentă (PMSPI), în calitate de reprezentant legitim al medicilor specialiști independenți și al unităților medicale din ambulatoriu de specialitate, membru IMM România, formulează prezentul memoriu tehnic în cadrul procedurii de transparență decizională.

Prin prezentul memoriu **respingem total și solicităm retragerea de urgență și în integralitate** a proiectului de Ordin aflat în consultare publică.

Analiza aprofundată a fundamentării matematice și statistice a ecuațiilor propuse relevă vicii de logică, de date și de corelație atât de severe, încât actul normativ este complet iremediabil. Introducerea unui algoritm administrativ rigid încalcă dreptul constituțional al asiguraților de a-și alege liber furnizorul de servicii medicale (Art. 34 și Art. 135 din Constituția României, coroborate cu spiritul Legii nr. 95/2006) și instituie un monopol artificial, de natură spitalocentristă, în detrimentul direct al medicinei de ambulatoriu de proximitate.

Deși salutăm principiul transparentizării și introducerii unor criterii predictibile în procesul de contractare, considerăm că metodologia propusă ignoră realitățile operaționale din teritoriu și creează distorsiuni majore pe piața serviciilor medicale.

II. OBIECTII TEHNICE ȘI VULNERABILITĂȚI ALE FORMULELOR DE CALCUL DEMONTAREA STATISTICĂ ȘI MATEMATICĂ A FORMULELOR DE CALCUL

Absurditatea totală a algoritmului: Date de intrare fictive și eronate

Metodologia propusă de CNAS introduce două formule pentru calculul excedentului de capacitate (E):

- **Pentru boli cronice:** $E = P(\%) \times Pop + \sum Bi - Be - \min(NBE, NBD)$
- **Pentru boli episodice:** $E = I(\%) \times Pop_risc + \sum Bi - Be - \min(NBE, NBD)$



Din perspectivă statistică, de modelare demografică și a rețelelor de sănătate, variabilele folosite sunt **complet ireale, artificiale și bazate pe un vid de date**, fiind imposibil de aplicat în mod onest în România:

1. Fictivitatea parametrilor epidemiologici: $P(\%)$ (Prevalența) și $I(\%)$ (Incidența)

Formula CNAS pornește de la premisa falsă că România deține date exacte privind proporția bolnavilor din populația generală. În realitate, acești parametri sunt imposibil de determinat statistic:

- **Absența Registrelor Naționale de Boală:** Pentru marea majoritate a afecțiunilor din programele curative vizate (oncologie, diabet, boli neurologice, endocrine, boli rare), România nu are registre naționale funcționale și centralizate capabile să ofere date reale de prevalență.
- **Consecința matematică:** Valoarea $P(\%)$ va fi o aproximare birocratică, o cifră „din pix” sau o preluare din statistici internaționale care nu au legătură cu realitatea epidemiologică autohtonă.

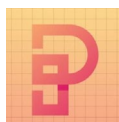
2. Imposibilitatea matematică de a determina Pop_risc (Populația la Risc)

- **Eșecul structural al screeningului:** În condițiile în care în România **nu există programe naționale de screening populațional sistematic**, este imposibil de determinat dimensiunea și structura reală a populației aflate la risc. Fără identificarea activă a pacienților asimptomatici, valoarea Pop_risc devine o **variabilă complet necunoscută**. Introducerea unei valori arbitrare într-o înmulțire viciază iremediabil întregul algoritm.

3. Distorsionarea parametrului Pop (Populația Județului) și a fluxurilor de migrație (ΣBi și Be)

Utilizarea datelor oficiale ale Institutului Național de Statistică (INS) și a adreselor de domiciliu din scripturile CNAS introduce o eroare de calcul în cascadă, din cauza fenomenului masiv de migrație internă nedeclarată:

- **Eroarea de numitor (Pop):** O proporție uriașă din populația activă locuiește și muncește în marile centre urbane (București, Cluj, Timișoara, Iași etc.) **fără forme legale (fără vize de flotant sau schimbarea domiciliului în CI)**. Populația reală din teren depășește cu mult valoarea Pop din datele INS, ceea ce înseamnă că necesarul teoretic calculat de CNAS ($P\% \times Pop$) va fi **subdimensionat artificial**.
- **Compromiterea indicatorilor de migrație (ΣBi și Be):** Deoarece domiciliul din acte diferă structural de domiciliul fizic real, parametrii „Bolnavi importati” (ΣBi) și „Bolnavi exportati” (Be) sunt complet falși. Un pacient considerat statistic ca fiind „importat” dintr-un județ limitrof este, de fapt, un rezident stabil al polului urban respectiv, care se adresează în mod firesc rețelei locale.
- **Efectul de foarfece:** În timp ce necesarul județean este subevaluat masiv pe hârtie din cauza datelor INS defectuoase, numărul de bolnavi tratați efectiv la stat (NBE) va fi



foarte mare, absorbind presiunea populației nedeclarate. Rezultatul matematic va fi un excedent fals negativ sau nul ($E \leq 0$). Formula blochează abuziv contractarea privatului exact acolo unde aglomerația reală și listele de așteptare din spitale sunt cele mai mari!

4. Viciul structural major al indicatorului $\min(NBE, NBD)$

Funcția matematică de minim oficializează și premiază ineficiența din sistemul public:

- **NBD (Capacitatea Declarată)** este o cifră pur administrativă, nesupusă niciunui audit clinic sau de resurse umane. Ordinul permite spitalelor publice noi, fără istoric, să folosească exclusiv capacitatea declarată pe hârtie (*NBD*). Orice spital public poate declara o capacitate utopică, uriașă, pentru a bloca automat concurența din sectorul privat independent ($E \leq 0$), fără a deține în realitate nici medici suficienți, nici logistică operabilă.
- Dacă un spital public raportează un *NBE* mic din cauza lipsei cronice de personal, formula consideră în mod aberant că „nevoia este acoperită” atâta timp când capacitatea pe hârtie (*NBD*) este mare, blocând privatul în detrimentul pacienților care stau pe liste de așteptare luni de zile. Timpul de așteptare este complet eliminat din ecuație.

Introducerea celor două formule bazate pe prevalență națională [$E = P(\%) \times \text{Pop} + \sum Bi - Be - \min(NBE, NBD)$] și incidență națională [$E = I(\%) \times \text{Pop_risc} + \sum Bi - Be - \min(NBE, NBD)$] prezintă vicii majore de modelare matematică și statistică:

Indicator Vizat	Viciu Tehnic Identificat	Impact Asupra Pacienților / Medicilor
P(%) / I(%) raportat la Pop	Măsoară un necesar teoretic strict cantitativ și statistic. Ignorează complet factorul timp , listele de așteptare reale și accesibilitatea geografică.	Un județ poate înregistra o valoare $E \leq 0$ (rezultând blocarea privaților), deși în realitate pacienții sunt programați la stat peste 3, 6 sau 9 luni.
NBD (Capacitatea Declarată)	Cifră pur administrativă, nesupusă auditării. Pentru furnizorii publici noi, algoritmul utilizează exclusiv valoarea declarată în acte, nu și pe cea realizată.	Spitalele publice pot supradimensiona artificial capacitatea pe hârtie pentru a bloca accesul în contract al ambulatoriilor private, fără a avea medici suficienți.
$\min(NBE, NBD)$	Asimilează capacitatea macro-structurală a spitalelor mari cu activitatea de asistență medicală de specialitate din cabinetele de proximitate.	Forțează reținerea pacienților în rețeaua spitalicească publică aglomerată, inhibând dezvoltarea medicinei preventive de ambulatoriu.



III. DISCRIMINAREA ECONOMICĂ ȘI STRUCTURALĂ A AMBULATORIULUI INDEPENDENT

Proiectul de ordin propune o delimitare matematică strictă între sectorul public și cel privat, considerând operatorii privați exclusiv ca pe o rețea de rezervă, utilizabilă doar când capacitatea spitalelor publice este complet depășită ($E > 0$). Această abordare instituie o profundă inechitate economică și structurală, bazată pe următoarele argumente fundamentale:

- **Natura investițiilor și asumarea riscului financiar:** Spre deosebire de unitățile sanitare publice, ale căror clădiri, dotări, utilități și salarii sunt finanțate direct sau subsidiar de la bugetul de stat și de la bugetele locale, cabinetele medicale individuale și ambulatoriile de specialitate private reprezintă investiții 100% private. Medicii independenți au contractat credite și au investit resurse proprii în echipamente de ultimă generație, fără a greva bugetul public cu cheltuieli de capital sau operaționale. Condiționarea supraviețuirii economice a acestor cabinete (care duc în spate 90% din asistența de specialitate non-spitalicească) de indicatorii scriptici ai spitalelor de stat vecine și de formule cu date false reprezintă un sabotaj economic direct și o îngrădire gravă a liberei inițiative
- **Eficiența costurilor în sistemul public vs. privat:** Monitorizarea și tratarea pacienților cronici în regim ambulatoriu independent generează costuri semnificativ mai reduse per caz decontat comparativ cu menținerea acestora în structurile spitalicești publice. Penalizarea ambulatoriului independent pe baza indicatorilor raportați de spitalele de stat reprezintă o anomalie de management financiar public.
- **Cronicizarea spitalocentrismului:** În loc să stimuleze rezolvarea cazurilor în ambulatoriul de proximitate (mult mai ieftin și mai eficient), CNAS forțează pacienții să se îndrepte către spitale. Aceasta va duce la o creștere masivă a internărilor continue și de zi, generând o risipă uriașă a fondurilor publice, în contradicție flagrantă cu toate strategiile de sănătate europene și cu angajamentele asumate de România prin PNRR.

Proiectul de ordin tratează asistența medicală privată exclusiv ca pe o „rețea de rezervă” utilizabilă doar la avarie, ignorând eficiența de cost și investițiile masive din acest sector

VI. IMPACTUL CATASTROFAL ASUPRA PACIENȚILOR ȘI DISTRUGEREA PESTE NOAPTE A SERVICIILOR DE SPECIALITATE

Excluderea de facto a sectorului privat independent din contractarea cu casele de asigurări de sănătate județene reprezintă un atentat direct la siguranța pacienților asigurați. CNAS ignoră cu desăvârșire o realitate structurală de netăgăduit a sistemului sanitar românesc:



Ambulatoriul de specialitate privat independent asigură în prezent aproximativ 90% din totalul consultațiilor și serviciilor medicale de specialitate acordate în regim ambulatoriu la nivel național.

Prin transferarea forțată și artificială a acestei presiuni uriașe către rețeaua spitalicească publică (prin aplicarea formulei de excedent), pacienții vor suferi în mod direct următoarele consecințe dramatice:

- **Prăbușirea accesului și explozia timpilor de așteptare:** Spitalele publice, deja sufocate de birocrație și deficit cronic de personal medical, nu au capacitatea fizică, logistică și umană de a prelua peste noapte volumul uriaș de 90% din cazuri gestionat în prezent de privat. Pacienții cronici (oncologici, diabetici, neurologici) vor fi puși în fața unor liste de așteptare de luni de zile pentru o consultație vitală sau pentru eliberarea rețetelor, fapt ce va duce la agravarea ireversibilă a stării de sănătate și la creșterea mortalității evitabile.
- **Anularea dreptului constituțional la liberul arbitru medical:** Actul normativ transformă asiguratul din beneficiar al sistemului în prizonierul lui. Pacientul român, deși plătește contribuții substanțiale de asigurări sociale de sănătate (CASS), este privat de dreptul elementar de a-și alege medicul specialist în care are încredere, fiind ghidat administrativ exclusiv către spitalele de stat unde s-a calculat pe hârtie un „excedent zero”.
- **Barieră financiară discriminatorie:** Pacienții care nu își vor permite fizic să aștepte lunile impuse de cozile din spitalele de stat vor fi obligați să achite serviciile din propriul buzunar în regim pur privat, deși sunt asigurați. Ordinul CNAS vulnerabilizează exact categoriile cele mai fragile (pensionari, pacienți cu venituri mici, bolnavi cronici din zone defavorizate), lăsându-i fără protecție financiară în fața bolii.

V. IMPACTUL NEGATIV ASUPRA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

- **Cronicizarea spitalocentrismului:** În loc să stimuleze migrarea pacienților către îngrijiri ambulatorii rapide și de proximitate, ordinul consolidează aglomerarea curților și holurilor spitalelor publice pentru monitorizări ordinare (diabet zaharat, afecțiuni endocrine, monitorizări neurologice sau oncologice post-operatorii).
- **Anularea predictibilității investiționale:** Dependența anuală a contractului cu CAS de raportările și indicatorii spitalului de stat vecin elimină orice posibilitate de planificare financiară pentru cabinetele independente, blocând atragerea de personal medical înalt calificat în teritoriu.
- **Îngrădirea dreptului la liberă alegere:** Deși CNAS invocă eliminarea deciziei subiective a comisiilor prin automatizare matematică, efectul final este profund restrictiv la adresa asiguratului, care este privat de posibilitatea de a alege un medic din sectorul independent, fiind constrâns să accepte timpii de așteptare din sistemul public.



VI. CONCLUZIE ȘI REZERVĂRI JURIDICE

Introducerea unei formule rigide, fundamentate pe parametri statistici falși, aproximativi și imposibil de verificat în absența registrelor naționale, a programelor de screening și a evidenței reale a populației rezidente, totul dublat de ignorarea deliberată a faptului că sectorul independent susține 90% din ambulatoriul de specialitate, reprezintă un abuz administrativ major. Acest ordin nu va spori transparența, ci va crea un **monopol artificial, distructiv și periculos al sectorului public**, cu efect direct creșterea timpilor de așteptare pentru bolnavii cronici și degradarea stării de sănătate a populației.

Patronatul Medicilor Specialiști cu Practică Independentă (PMSPI) solicită **retragerea în totalitate a proiectului de Ordin** și includerea de urgență a reprezentanților săi în comisiile de dialog social pentru reformularea actului normativ

În cazul în care CNAS va decide promovarea acestui act normativ în ciuda tuturor argumentelor tehnice, demografice și medicale aduse, **PMSPI își rezervăm dreptul legal de a acționa prin toate pârgurile administrative și juridice disponibile, inclusiv prin demararea acțiunilor în contencios administrativ pentru suspendarea și anularea integrală a actului**, chemând în instanță autoritatea emitentă pentru prejudiciile iremediabile aduse atât corpului medical independent, cât și drepturilor fundamentale la viață și sănătate ale pacienților asigurați.

Cu deosebită considerație,

Biroul Executiv al Consiliul Director

Patronatul Medicilor Specialiști cu Practică Independentă (PMSPI)



Patronatul Medicilor Specialisti cu Practica Independenta (PMSPI)

București, Sector 6, Al. Poiana Cernei 1, bl. Z4, sc.1, et. 6, ap.40

Tel: 0733844730

Mail: office@patronatmspi.ro

<https://patronatmspi.ro>