

București, 12 iunie 2026

Către: Casa Națională de Asigurări de Sănătate
În atenția: Domnului Președinte Dr. Horațiu Moldovan
Spre Știință: Doamnei Vice-Președinte Larisa Mezinu-Bălan

Page | 1

Referitor la: *Proiectul de Ordin al Președintelui CNAS pentru modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative (aprobat prin Ordinul nr. 180/2022), publicat pe site-ul CNAS în data de 29 mai 2026*

Stimate Doamnă Președinte,

Camera de Comerț Americană în România (AmCham Romania), prin Comitetul de Sănătate, vă transmite prezenta adresă cu o serie de observații cu privire la proiectul de ordin publicat în transparență decizională în data de 29 mai 2026, vizând modificarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative.

AmCham Romania apreciază preocuparea pentru optimizarea alocării resurselor publice și pentru creșterea eficienței programelor naționale de sănătate. Evaluarea capacității sistemului și asigurarea utilizării prioritare a infrastructurii publice sunt obiective legitime ale finanțatorului. Cu toate acestea, apreciem că, în forma sa actuală, proiectul de Ordin ar putea beneficia de o calibrare suplimentară, astfel încât să răspundă într-o mai mare măsură obiectivelor urmărite, inclusiv din perspectiva menținerii accesului pacienților la servicii medicale esențiale, a asigurării unui cadru predictibil pentru actorii implicați și a alinierii la standardele de transparență și consultare publică.

I. CONTEXTUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN ROMÂNIA

Orice analiză a reformelor sistemului de sănătate din România trebuie să înceapă de la o realitate clinică documentată, incontestabilă: **România se confruntă cu unii dintre cei mai gravi indicatori de sănătate din Uniunea Europeană**, iar orice restricție, chiar și involuntară sau temporară, a accesului la servicii medicale poate costa vieți omenești.

Conform celui mai recent raport *State of Health in the EU — Romania Country Health Profile 2025*, publicat de OCDE și Observatorul European al Sistemelor de Sănătate, în cooperare cu Comisia Europeană:^[1]

Indicator	România	Media UE	Sursa
Mortalitate tratabilă (decese/100.000 loc.)	215	90	OECD / State of Health EU 2025 [1]

Mortalitate prevenibilă (decese/100.000 loc.)	304	168	OECD / State of Health EU 2025 [1]
Speranța de viață la naștere (2024)	76,6 ani	81,7 ani	Eurostat / State of Health EU 2025 [1]
Cheltuiala cu sănătatea/capita (EUR PPP, 2023)	€1.800	€3.832	OECD / State of Health EU 2025 [1]
Plăți out-of-pocket (% total cheltuieli)	23%	16%	OECD / State of Health EU 2025 [1]
Acoperire asigurare socială de sănătate	89%	~99%	CNAS / State of Health EU 2025 [1]
Nevoi medicale neîmplinite (2024)	6%	~2%	Eurostat / State of Health EU 2025 [1]
Timp mediu la rambursare (med. noi, zile)	1110 zile	597 zile	EFPIA WAIT Indicator 2025 [3]
Med. noi UE pe lista de rambursare (2025)	19%	~50%	EFPIA / State of Health EU 2025 [1]

Aceste cifre plasează România în fața unui **paradox structural critic**: sistemul de sănătate are nevoie urgentă de *mai multă* capacitate accesibilă — nu mai puțină. Orice mecanism administrativ care reduce accesul pacienților la servicii disponibile trebuie să demonstreze, cu certitudine și pe baza unui studiu de impact riguros, că nu va agrava această situație deja acută.

Atragem atenția că politicile publice trebuie să fie bazate pe indicatori verificabili și transparentți, date relevante pentru nevoia reală a pacienților, o înțelegere completă a variațiilor regionale și a mobilității pacienților. Metodologiile bazate exclusiv pe indicatori statistici agregați riscă să nu reflecte corespunzător accesul efectiv la servicii, pot ignora realitatea operațională, neavând capacitatea de a măsura listele de așteptare, timpul de așteptare real până la preluarea pacientului sau continuitatea tratamentului în patologii critice (oncologie, boli cardiovasculare sau neurologice).

Impactul în oncologie

Preocuparea este amplificată în cazul specific al oncologiei. Conform *IHE Comparator Report on Cancer in Europe 2025* — cel mai cuprinzător raport european de referință privind accesul la tratamente oncologice, publicat de Swedish Institute for Health Economics:^[2]

- Cheltuiala per capita cu cancerul în România este de **€76** — de 8 ori mai mică față de media țărilor cu venituri comparabile din UE;
- Disponibilitatea testării moleculare de tip NGS (secvențiere de nouă generație) este extrem de limitată în practică clinică curentă, inaccesibilă majorității pacienților;
- România rambursează **mai puțin de 20% din medicamentele oncologice noi** aprobate la nivel european în perioada 2020–2023;
- Intervalul mediu de la autorizarea EMA la rambursarea publică este de **1110 de zile** — al doilea cel mai lung din UE (față de media europeană de 597 zile), conform EFPIA Patients WAIT Indicator 2024.^[3]

Mortalitatea prin cancer în România a scăzut cu 10% în ultimul deceniu, dar rămâne **peste media majorității statelor UE**, la 241 de decese la 100.000 de locuitori (2022).^[1] Rata de supraviețuire la cinci ani pentru cancer de col uterin este de 54% în România față de 68% media UE, conform *EU Country Cancer Profile Romania 2025*.^[4] În context oncologic, o întârziere de câteva luni în accesul la tratament poate fi fatală— o realitate biologică pe care niciun mecanism administrativ nu o poate ignora.

II. NATURA ȘI LIMITELE FORMULEI PROPUSE — O ANALIZĂ CRITICĂ

Formula introdusă prin proiectul de Ordin — $E = P(\%) \times \text{Pop} + \Sigma Bi - Be - \min(\text{NBE}, \text{NBD})$ — este prezentată ca un instrument obiectiv de estimare a excedentului de capacitate al furnizorilor publici la nivel județean. Formula are câteva **limitări structurale majore** care o fac inadecvată ca unică bază de decizie pentru contractarea furnizorilor privați.

1. Formula nu măsoară accesul real al pacientului

Un sistem de sănătate performant nu este cel care demonstrează pe hârtie că are capacitate — ci cel care demonstrează că pacienții primesc tratamentul de care au nevoie, atunci când au nevoie de el. Formula propusă:

- Nu include **timpul de așteptare** pentru investigații sau inițierea tratamentului;
- Nu oglindește **listele de așteptare** la nivel de furnizor și județ;
- Nu reflectă **continuitatea îngrijirii** — o problemă critică în oncologie, unde întreruperea tratamentului are consecințe ireversibile;
- Nu măsoară **rezultatele clinice** (supraviețuirea la 5 ani, rata de recidivă, calitatea vieții pacientului);
- Nu ia în calcul **capacitatea funcțională reală** față de capacitatea declarată, în condițiile în care România înregistrează un deficit de personal medical.

Metodologiile de planificare și contractare trebuie să reflecte întregul traseu al pacientului în sistemul de sănătate, de la diagnostic și investigații până la inițierea tratamentului, monitorizare și continuitatea îngrijirii. Evaluarea performanței programelor de sănătate trebuie să depășească logica volumelor contractate și să includă rezultate clinice, experiența pacientului, accesul efectiv la servicii.

Adițional, formula propusă evaluează predominant capacitatea cantitativă și nu diferențiază între furnizorii care pot trata cazuri standard și cei care dețin expertiza și infrastructura necesare pentru cazuri complexe. În multe state membre ale Uniunii Europene, inclusiv Germania, Franța și Țările de Jos, evaluarea capacității sistemului include elemente privind complexitatea cazurilor, accesul la tehnologii avansate și rezultatele funcționale ale tratamentului. În situațiile oncologice, post-traumatice sau reconstructive complexe, utilizarea dispozitivelor medicale personalizate și a abordărilor multidisciplinare contribuie la reducerea dizabilității, la creșterea ratei de reinsertie socio-profesională și la diminuarea costurilor suportate de sistemele de sănătate și protecție socială pe termen mediu și lung. Limitarea evaluării exclusiv la indicatori cantitativi poate conduce la subestimarea nevoii reale de servicii medicale avansate și la restrângerea accesului pacienților la soluții terapeutice cu valoare clinică demonstrată.

2. Dependența de capacitatea declarată de furnizorii publici

Variabila NBD (Numărul de Bolnavi pe care furnizorii publici Declară că îi pot trata) se bazează pe date raportate administrativ, iar consolidarea proiectului de Ordin ar putea fi susținută de **detalierea unei metodologii publice, transparente și verificabile de validare a acestora**. România are 7,3 paturi de spital la 1.000 de locuitori (a treia cea mai ridicată rată din UE),^[1] dar o infrastructură spitalicească preponderent uzată moral, iar cheltuiala pe asistența primară reprezintă doar 10% din total (a treia cea mai mică din UE).^[1] Capacitatea declarată poate devia semnificativ de la capacitatea funcțională reală, în special în contextul **deficitului de personal medical**. Conform aceluiași raport, *State of Health in the EU 2025*, România înregistra în 2023 **3,7 medici la 1.000 de locuitori** față de media UE de 4,3, și **8,2 asistenți medicali** față de media UE de 8,5 — cu emigrare continuă a personalului calificat și o distribuție geografică profund inegală (densitatea medicilor de familie variind între 2,2 și 4,7 la 10.000 de locuitori între județe).^[1] Un mecanism care ignoră această realitate riscă să supraestimeze sistematic capacitatea publică disponibilă.

Orice modificare a mecanismelor de contractare trebuie să includă garanții explicite pentru pacienții aflați deja în tratament, monitorizare sau parcurs diagnostic. Sistemul trebuie să evite situațiile în care recalcularea capacității sau schimbările administrative generează întreruperi ale tratamentului, întâzieri, blocaje între indicația medicală și accesul efectiv la servicii.

3. Structura reală a furnizării de servicii în Programele Naționale

Proiectul de Ordin pornește de la o premisă care nu corespunde realității funcționale a sistemului. Conform datelor publice^[6]:

- Furnizorii privați asigură **~78,5%** din furnizorii de servicii clinice de specialitate;
- **88%** din Programul Național de Oncologie — tratament medicamentos;
- **82%** din Programul Național de Oncologie — tratament radioterapie;
- Aproximativ **43%** din personalul medical total al României activează în sectorul privat.

O formulă care condiționează accesul la 88% din furnizarea tratamentelor oncologice medicamentoase de un excedent de capacitate al sectorului public, care nu include acel tip de furnizare, este metodologic inconsistentă. Cel mai probabil rezultat aplicat în forma actuală este **contractarea restrictivă tocmai a furnizorilor care asigură cea mai mare parte a accesului pacienților la tratamente**.

Adițional, este necesară menținerea unui cadru de reglementare neutru și nediscriminatoriu, care să asigure condiții echitabile între toți furnizorii eligibili. Accesul la contractare trebuie să se bazeze pe criterii obiective, calitatea actului medical, capacitatea reală de furnizare și nu pe forma de proprietate a furnizorului.

Nu în ultimul rând, autoritățile ar trebui să stimuleze o competiție corectă, bazată pe calitate, între furnizorii publici și privați și să cuantifice în formula o serie de mecanisme standardizate de cuantificare a experienței și insatisfacției reale a pacienților (indicatori de tip PREMs - *Patient-Reported Experience Measures*). Permițând pacientului să aleagă liber furnizorul cel mai eficient, sistemul ar stimula în mod natural dezvoltarea unor servicii medicale competitive, capabile să genereze o creștere reală a calității întregului act medical.

III. IMPACTUL DIRECT ASUPRA PACIENȚILOR

Un aspect fundamental care trebuie avut în vedere este impactul direct și imediat pe care măsurile contestate le pot avea asupra pacienților care depind de acces la servicii medicale esențiale, diagnostice și tratamente. În contextul actual, unde România înregistrează unele dintre cele mai ridicate rate de mortalitate tratabilă și

prevenibilă din Uniunea Europeană, orice restricție suplimentară a accesului la programul de sănătate curativă riscă să accentueze vulnerabilități deja profunde și să compromită șansa la tratament în timp util.

Atenționăm că, în lipsa unor garanții explicite privind continuitatea tratamentului și protejarea pacienților aflați deja în parcurs diagnostic sau terapeutic, recalcularea periodică a capacității sau modificările de contractare pot produce blocaje administrative, întreruperi ale serviciilor și chiar riscul ca pacienții să fie excluși din programele care le pot salva viața.

Orice modificare a normelor tehnice trebuie să fie precedată de o analiză de impact asupra accesului real la tratament, rezultatului clinic și experienței pacientului, astfel încât obiectivul fundamental al sistemului – protejarea vieții și sănătății cetățenilor – să nu fie sacrificat din rațiuni administrative.

IV. DEFICIENȚELE PROCEDURII DE CONSULTARE PUBLICĂ

Având în vedere impactul potențial semnificativ al măsurilor propuse, dar și în spiritul transparenței decizionale și al unei consultări efective, apreciem că detalierea fundamentării analitice care a stat la baza proiectului de Ordin ar contribui la consolidarea transparenței decizionale, la susținerea unui dialog instituțional informat și la o mai bună înțelegere a efectelor anticipate ale măsurilor propuse.

Adițional, Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică^[8] prevede un termen minim de **30 de zile** pentru consultarea publică a actelor normative cu impact semnificativ. Termenul publicat pentru prezentul proiect este incompatibil cu complexitatea și impactul potențial al actului normativ, cu atât mai mult cu cât nu a fost însoțit de documentația completă necesară unei consultări informate.

Bunele practici europene în elaborarea politicilor de sănătate, consacrate inclusiv prin *Regulamentul (UE) 2021/2282 privind Evaluarea Tehnologiilor Medicale*^[9], impun implicarea timpurie a pacienților, clinicienilor, furnizorilor de servicii și industriei farmaceutice în procesele de reformă sistemică. Consultarea post-factum, cu un termen scurt și fără documentație de impact, nu îndeplinește aceste standarde și risca să compromită legitimitatea actului normativ.

V. IMPLICAȚII PENTRU MEDIUL DE INVESTIȚII ȘI SUSTENABILITATEA SISTEMULUI

AmCham Romania atrage atenția și asupra impactului mai larg al acestui proiect de Ordin asupra **predictibilității și atractivității mediului de investiții în sectorul de sănătate din România.**

Investițiile private în infrastructura medicală din România — spitale, centre de tratament oncologic, laboratoare de diagnostic, centre de dializă — s-au realizat pe baza unui cadru contractual stabil, care presupunea accesul garantat la programele naționale de sănătate în condițiile respectării standardelor de calitate. Introducerea unui mecanism discreționar de evaluare a capacității excedentare, bazat pe auto-declararea sectorului public, **introduce o incertitudine sistemică** ce afectează planificarea investițiilor pe termen lung, accesul la finanțare și capacitatea furnizorilor de a-și menține și dezvolta capacitățile existente.

Raportul de țară pentru Semestrul European al Comisiei Europene privind România a identificat în mod repetat **capacitatea administrativă redusă și predictibilitatea scăzută a cadrului de reglementare** ca obstacole structurale pentru atragerea de investiții. O măsură care condiționa contractarea furnizorilor privați de formule administrative fără baze de impact verificate se înscrie în exact tiparul de reglementare nepredictibilă semnalat de Comisie.^[10]

România are nevoie de **mai multă capacitate medicală**, nu mai puțină. Cheltuiala totală cu sănătatea reprezintă doar 5,8% din PIB (față de media UE de 10%).^[11] Obiectivul strategic al sistemului trebuie să fie

creșterea volumului de servicii accesibile pacienților, prin valorificarea integrală a tuturor resurselor disponibile — publice și private.

Nu în ultimul rând, România se află în etapa finală a procesului de aderare la OCDE, având ca obiectiv strategic dobândirea statutului de membru în cursul anului 2026. Conform noului cadru HSPA (*Health System Performance Assessment*) promovat de OECD în 2024, nevoile și preferințele oamenilor se află în nucleul central al performanței, iar libertatea de mișcare și dreptul pacientului de a-și alege furnizorul (*Choice of healthcare providers*) sunt piloni transversali obligatorii. În timp ce standardele internaționale ale OECD și UE promovează reziliența prin utilizarea eficientă a tuturor resurselor disponibile (indiferent de forma de proprietate), proiectul CNAS merge în direcția opusă, reducând opțiunile cetățenilor și încurajând deciziile bazate pe declarații și nu pe dovezi.

Pe baza argumentelor prezentate mai sus, Comitetul de Sănătate al AmCham Romania solicită următoarele:

1. **Reluarea procedurii de consultare publică** aferente proiectului de Ordin, într-un cadru care să permită implicarea efectivă și structurată a tuturor actorilor relevanți și impactați de măsurile propuse, inclusiv prin **constituirea unui grup de lucru multi-stakeholder**, cu participare reală a reprezentanților furnizorilor publici și privați, asociațiilor de pacienți, societăților medicale, industriei farmaceutice și organizațiilor de business, având un mandat clar și un calendar transparent pentru elaborarea noii metodologii. Până atunci, recomandăm retragerea proiectului de ordin.
2. **Realizarea unui studiu de impact independent și transparent**, care să cuantifice efectele aplicării formulei propuse asupra timpilor de așteptare, continuității tratamentelor, accesului la programele naționale de sănătate curative, distribuției geografice a accesului și impactului financiar asupra pacienților.
3. **Redefinirea indicatorilor de capacitate** pentru a include metrice dinamici, verificabili și orientați spre rezultate clinice: timp mediu de la indicație medicală la inițierea tratamentului, rate de conformitate cu ghidurile clinice, indicatori de echitate geografică și socio-economică a accesului, în linie cu standardele OCDE de monitorizare a performanței sistemelor de sănătate.^[11]
4. **Ancorarea explicită a reformei în principiul „banul urmărește pacientul”**: alocarea resurselor publice trebuie să maximizeze accesul pacienților la servicii de calitate, indiferent de forma de proprietate a furnizorului, în condițiile respectării standardelor clinice și de cost-eficiență. Mecanismele de finanțare trebuie construite în jurul pacientului, nu în jurul limitelor administrative ale instituțiilor.

AmCham Romania rămâne ferm angajată în susținerea unui sistem de sănătate mai bun, mai eficient și mai echitabil pentru toți pacienții din România. Considerăm că obiectivele legitime ale CNAS — optimizarea alocării resurselor, creșterea eficienței și sustenabilitatea programelor naționale — pot și trebuie atinse, dar prin instrumente bine fundamentate, elaborate transparent și cu participarea tuturor actorilor relevanți.

Suntem la dispoziția dumneavoastră pentru orice rundă de dialog tehnic sau instituțional pe care îl considerați util și vă asigurăm de disponibilitatea noastră de a contribui constructiv la orice proces de reformă fundamentat pe evidențe și centrat pe interesul pacientului.

Cu deosebit respect,

Andreea Mocoșan

Președinte

Comitetul de Sănătate, AmCham România

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- [1] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025). *Country Health Profile 2025: Romania. State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en
- [2] Manzano A, Svedman C, Hofmarcher T, Wilking N (2025). *Comparator Report on Cancer in Europe 2025. IHE REPORT 2025:2*. Swedish Institute for Health Economics (IHE): Lund, Sweden. <https://www.ihe.se>
- [3] Newton M et al. (2026). *EFPIA Patients WAIT Indicator 2025 Survey. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. efpia-patients-wait-indicator-2024-final.pdf*
- [4] OECD/European Commission (2025). *EU Country Cancer Profile: Romania 2025. EU Country Cancer Profiles*. <https://doi.org/10.1787/8474a271-en>
- [5] *Federatia Asociatiilor Bolnavilor de Cancer (FABC) (2026, 2 iunie). Comunicat si studiu de impact — proiectul de Ordin CNAS*. <https://fabc.ro/comunicate/comunicat-e-p-x-pop>
- [6] *PALMED — Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private (2026, 2 iunie). Comunicat de presa privind proiectul de Ordin CNAS. Sursa Digi24/Agerpres*.
- [7] *Hotararea Guvernului nr. 1361/2006 privind continutul instrumentului de prezentare si motivare a proiectelor de acte normative supuse aprobarii Guvernului. Monitorul Oficial nr. 843/12.10.2006*.
- [8] *Legea nr. 52/2003 privind transparenta decizionala in administratia publica, republicata. Monitorul Oficial nr. 749/03.12.2013*.
- [9] *Regulamentul (UE) 2021/2282 al Parlamentului European si al Consiliului privind evaluarea tehnologiilor medicale. JOUE L 458, 22.12.2021*.
- [10] *European Commission (2025). 2025 European Semester — Country Report Romania. European Commission, DG ECFIN, Brussels. https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester*
- [11] *OECD/EU (2024). Health at a Glance: Europe 2024 — State of Health in the EU Cycle. https://doi.org/10.1787/b3704e14-en*