24 noiembrie 2026

Către: Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, doamnei președinte Venera-Luminița Copăescu (transparenta.decizionala@anmcs.gov.ro, info@anmcs.gov.ro)

Spre știință:

- Ministerul Sănătății, domnului ministru dr. Alexandru Rogobete (relatii.publice@ms.ro)
- Comisia pentru sănătate și familie a Camerei Deputaților, domnului președinte prof. univ. dr. Alexandru Rafila (cp08@cdep.ro)
- Comisia pentru sănătate a Senatului, domnului președinte prof. univ. dr. Adrian Streinu-Cercel (comsan@senat.ro, comsan1@senat.ro)
- Colegiul Medicilor din România, doamnei președinte prof. univ. dr. Cătălina Poiană (office@cmr.ro)

Referitor la: proiectul de Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, publicat în transparență decizională la 16.11.2026, pct. 8 [art. 7 alin. (5)]

PUNCT DE VEDERE

privind eliminarea excepției de la acreditarea ANMCS pentru cabinetele de medicină de familie și din ambulatoriul de specialitate

Solicitare

Organizațiile semnatare solicită eliminarea pct. 8 din proiect și menținerea formei în vigoare a art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017. Cabinetele de medicină de familie și cabinetele din ambulatoriul de specialitate organizate potrivit OG nr. 124/1998 trebuie să rămână exceptate de la acreditarea obligatorie.

Argumentele de coerență legislativă au fost deja formulate de organizațiile profesionale și le susținem: dublul regim evaluare–acreditare, corelarea cu art. 253 din Legea nr. 95/2006, controlul existent în baza OG nr. 124/1998. Documentul de față răspunde unei întrebări pe care proiectul nu și-o pune: produce acreditarea calitate într-un cabinet cu un medic și o asistentă? Răspunsul nostru este nu, iar motivele sunt de fond, nu de oportunitate.

1. Acreditarea evaluează organizații, iar cabinetul cu un medic nu are o organizație de evaluat

Un sistem de management al calității controlează riscurile care apar între oameni și între structuri. Predarea pacientului între ture și secții, circuitele separate, deciziile luate succesiv de mai multe persoane, delegarea sarcinilor: acestea sunt locurile în care un spital greșește și pe care standardele le supraveghează, pe bună dreptate.

Într-un cabinet cu un medic și o asistentă, care lucrează în aceeași încăpere, aceste interfețe nu există. Pacientul nu este predat nimănui. Decizia, execuția și răspunderea aparțin aceleiași persoane, de la prima la ultima consultație.

De aici decurge o imposibilitate practică. Managementul calității presupune separarea funcțiilor: cineva execută, altcineva verifică. În cabinetul individual, medicul ar redacta procedura, ar aplica-o, ar audita-o și ar semna raportul de audit. Un asemenea dosar certifică un singur lucru: că a fost întocmit.

Ceea ce determină calitatea în acest tip de cabinet este deja reglementat, prin alte instrumente:

- **competența medicului**: dreptul de liberă practică, educația medicală continuă, jurisdicția disciplinară a Colegiului Medicilor, răspunderea civilă profesională;
- **spațiul și dotarea**: înregistrarea și dotarea minimă potrivit OG nr. 124/1998, autorizarea sanitară, evaluarea pentru contractarea cu casele de asigurări;
- **continuitatea relației medic–pacient**, pe care nicio procedură scrisă nu o poate crea și pe care timpul consumat cu documentația o erodează.

Acreditarea nu ar aduce, așadar, un obiect nou de evaluare. Ar aduce un al treilea dosar despre aceleași lucruri. O listă de verificare are sens acolo unde riscul vine din complexitate; aici, riscul vine din lipsa timpului petrecut cu pacientul.

2. Dovezile disponibile nu susțin obligativitatea

Legătura dintre acreditare și rezultatele pentru pacient nu este demonstrată nici măcar pentru spitale. Revizuirea Cochrane privind inspecția externă a conformității cu standardele, actualizată în 2016, a găsit doar două studii eligibile. Concluzia autorilor: nu se poate spune dacă aceste programe îmbunătățesc practica profesională sau rezultatele clinice, iar certitudinea dovezilor este foarte scăzută.

Pentru medicina primară cel mai amplu experiment este cel danez. Danemarca a introdus acreditarea obligatorie a cabinetelor de medicină generală în 2016–2018 și a evaluat-o printr-un studiu randomizat pe peste 1.000 de cabinete. Rezultatul:

- numărul de medicamente la pacienții peste 65 de ani a scăzut cu 0,022 mai mult în cabinetele acreditate, iar polifarmacia a fost cu circa 3% mai rară;
- niciun efect semnificativ asupra vizitelor preventive la domiciliu, controalelor anuale pentru boli cronice, spirometriei la pacienții cu BPOC sau mortalității.

Autorii califică efectele drept mici și limitate și recomandă analize cost-eficacitate înaintea oricărui program viitor. Cabinetele daneze au parcurs o singură rundă de acreditare; programul actual de calitate se bazează pe grupuri colegiale de medici care lucrează cu date clinice.

Așadar, un stat cu resurse și infrastructură de date mult peste ale noastre a testat măsura, a măsurat-o riguros și a obținut un efect marginal. Proiectul propune aceeași măsură fără pilot, fără evaluare și fără standarde gândite pentru cabinetul individual.

ANMCS dispune de propria bază de dovezi: două cicluri de acreditare a unităților cu paturi. Solicităm publicarea datelor care arată că spitalele acreditate au rezultate clinice mai bune decât înainte de acreditare. Dacă aceste date nu există, extinderea mecanismului la zeci de mii de cabinete nu are temei empiric.

3. Nota de fundamentare se contrazice în trei puncte

Motivarea descrie soluția, nu problema. Pentru pct. 8, nota invocă „revenirea la forma inițială" a art. 7 alin. (5). Forma inițială a fost însă modificată de Parlament, prin Legea nr. 329/2018, tocmai pentru a excepta aceste cabinete. O ordonanță care răstoarnă o opțiune expresă a legiuitorului trebuie să arate ce s-a schimbat între timp. Nota nu indică niciun incident, nicio statistică și nicio deficiență constatată în cabinetele vizate.

Impact declarat zero, deși legea prevede taxe. Nota afirmă că nu au fost identificate impacturi asupra costurilor. Legea nr. 185/2017 prevede taxe de acreditare, reevaluare și reacreditare, iar proiectul lasă Colegiului director al ANMCS stabilirea modului lor de calcul. Potrivit datelor INS pentru anul 2025, eliminarea excepțiilor aduce sub obligația de acreditare aproape 50.000 de structuri medicale. Dintre ele, 26.709 sunt cabinete de medicină de familie și cabinete independente de specialitate.

Categoria (INS, 2025)	**Total**	**Din care în mediul rural**
Cabinete independente de medicină de familie	10.394	4.133
Cabinete medicale independente de specialitate	16.315	1.041
Cabinete stomatologice independente	17.781	2.594
Laboratoare medicale	5.005	224
Total	**49.495**	**7.992**

Cifra arată ordinul de mărime, nu numărul exact de dosare: unele laboratoare aparțin unor furnizori deja acreditați. Chiar și așa, la un cost total de conformare de numai 2.500 de lei pe structură, sarcina agregată se apropie de 125 de milioane de lei; la 5.000 de lei, de 250 de milioane. Sunt ipoteze de lucru, nu tarife ANMCS, tocmai pentru că inițiatorul nu a publicat niciun calcul. Un efect de acest ordin și o notă care declară impact zero nu pot fi adevărate simultan.

Obiectiv de debirocratizare, efect de extindere. Proiectul își declară drept scop simplificarea și reducerea birocrației și recunoaște un risc real de blocaj în ciclul al doilea de acreditare a unităților cu paturi. În același text, aria de aplicare crește de zeci de ori. O autoritate care

semnalează că nu are resurse pentru spitale nu poate prelua, fără perioadă de tranziție, toate cabinetele din țară.

La acestea se adaugă o problemă de arhitectură instituțională. Aceeași autoritate propune obligația, stabilește taxa și o încasează. Nu punem la îndoială buna-credință a inițiatorului. Tocmai de aceea o asemenea construcție cere o evaluare de impact făcută independent, nu o notă redactată de beneficiarul măsurii.

Sub aspect procedural, lipsesc două documente pe care legea le cere:

- evaluarea preliminară a impactului și fundamentarea temeinică a soluțiilor, potrivit art. 6 și 7 din Legea nr. 24/2000;
- Testul IMM prevăzut de Legea nr. 346/2004, obligatoriu pentru actele cu impact asupra întreprinderilor mici, categorie în care intră, economic, aproape toate cabinetele vizate.

4. Costul real se plătește în timp de consultație și în acces

Timpul este singura resursă a cabinetului mic. Un spital are birou de management al calității. Cabinetul are un medic. Fiecare oră de proceduri, registre și autoevaluări este scoasă direct din programul de consultații. Cursul de management al calității cerut reprezentantului legal înseamnă, pentru cabinetul individual, zile în care medicul nu vede pacienți.

Costul fix este regresiv. Efortul de documentare nu scade odată cu dimensiunea: procedurile, registrele și autoevaluările se scriu la fel pentru un cabinet cu un medic și pentru o rețea cu cincizeci. Raportat la consultație, povara este de multe ori mai mare pentru cel mic. Rețelele au deja departamente de calitate și absorb costul; cabinetul independent nu îl poate absorbi. Măsura modifică astfel, pe cale administrativă, structura profesiei: împinge practica liberală spre absorbție sau închidere și reduce posibilitatea pacientului de a-și alege medicul.

Ieșirea din sistem este cea mai probabilă în zonele fără alternativă. Aproape 8.000 dintre structurile vizate funcționează în mediul rural, iar peste jumătate dintre ele sunt cabinete de medicină de familie. Potrivit datelor citate de organizațiile medicilor de familie, la sfârșitul anului 2025 existau deja 1.055 de localități cu deficit de medici de familie și 175 fără niciun medic. Un medic aflat aproape de pensionare, într-o comună, nu va investi într-un ciclu de acreditare. Va închide, iar cabinetul nu va fi preluat de nimeni.

Contractarea devine dependentă de coada de la ANMCS. Dacă acreditarea ajunge condiție pentru contractul cu casa de asigurări, orice întârziere a autorității lasă pacienți fără medic în sistemul public. Motivul nu ar fi calitatea actului medical, ci capacitatea administrativă a evaluatorului.

O măsură adoptată în numele siguranței pacientului trebuie judecată și după acest efect. Pentru pacientul dintr-o localitate cu un singur cabinet, riscul nu este un medic neacreditat. Riscul este lipsa medicului.

5. Ce propunem în loc

Respingerea pct. 8 nu înseamnă respingerea evaluării calității. Propunem patru instrumente care măsoară actul medical, nu dosarul, și care nu cer cabinetului nicio hârtie în plus.

1. **Indicatori calculați din datele pe care statul le are deja.** Cabinetele raportează zilnic în platforma informatică a asigurărilor de sănătate: consultații, diagnostice, prescripții, trimiteri. Din aceste date se pot calcula indicatori de proces și de rezultat, fără nicio sarcină nouă pentru medic.
2. **Evaluare colegială.** Grupuri locale de medici, organizate sub egida Colegiului Medicilor și a societăților profesionale, care își analizează periodic propriile date. Este modelul spre care s-a îndreptat Danemarca după runda de acreditare.
3. **Acreditare voluntară, cu standarde scurte, scrise pentru cabinetul individual.** Cabinetele care o obțin pot fi recompensate în contractul cu casa de asigurări. Un instrument util se răspândește prin adopție, nu prin obligație.
4. **Un singur dosar pentru verificările existente.** Autorizarea sanitară, înregistrarea în Registrul unic al cabinetelor medicale și evaluarea pentru contractare verifică în mare parte aceleași condiții. Unificarea lor ar fi debirocratizarea pe care proiectul o anunță.

În subsidiar, dacă Guvernul apreciază că anumite activități din ambulatoriu justifică acreditarea, criteriul trebuie să fie riscul clinic al activității, nu forma de organizare a furnizorului. Un asemenea criteriu se stabilește prin lege, după studiu de impact, proiect-pilot și perioadă de tranziție.

6. Solicitări

1. Eliminarea pct. 8 din proiect și menținerea formei în vigoare a art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017.
2. Organizarea unei dezbateri publice asupra proiectului, în temeiul art. 7 alin. (9) din Legea nr. 52/2003. Prezentul document constituie cererea scrisă a unor asociații legal constituite.
3. Publicarea, înaintea oricărei decizii, a unei evaluări de impact care să cuprindă: numărul furnizorilor nou-intrați sub obligația de acreditare, pe categorii; costul estimat al conformării pentru fiecare categorie; capacitatea anuală de evaluare a ANMCS și numărul evaluatorilor; calendarul de implementare și perioadele tranzitorii; dovezile privind efectul acreditării asupra rezultatelor clinice, inclusiv datele din cele două cicluri parcurse de unitățile cu paturi.
4. Constituirea unui grup de lucru cu Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România și organizațiile semnatare, pentru instrumentele de calitate descrise la secțiunea 5.

Calitatea actului medical într-un cabinet se vede în ce i se întâmplă pacientului, nu în numărul de proceduri din dulap. Suntem disponibili să construim împreună cu autoritățile un mod de a o măsura.

Semnatari

Organizația	Reprezentant	Semnătura
Asociația Profesională a Medicilor de Ambulator (APMA)	Dr. Cosmin Alexandrescu președinte	Digitally signed by COSMIN-DINU ALEXANDRESCU 2026.11.24 22:32:55 +02:00
Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)	Mihnea Valentin Stroe, președinte	MIHNEA VALENTIN STROE Digitally signed by MIHNEA VALENTIN STROE Date: 2026.11.24 22:22:34 +02'00'
Uniunea Patronatelor Independente din Medicina de Familie (UPIMF)	Alina Isabela Koussini, președinte	
Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)	Răzvan Florentin Miftode, președinte	
Asociația Română pentru Educație Pediatrică în Medicina de Familie (AREPMF)	Carmen-Raluca Ghionaru, președinte	
Patronatul Medicilor Specialiști cu Practică Independentă (PMSPI)	Marineta Măgureanu, președinte	Marineta Magureanu Digitally signed by Marineta Magureanu Date: 2026.11.25 20:04:19 +02'00'

Surse

- Flodgren G. et al., External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016
- Pedersen L.B. et al., studiul randomizat privind acreditarea în medicina generală daneză, Family Practice, 2025
- European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark 2024, asistența primară
- Adresa CMSR nr. 3409/18.11.2026, pentru citatele din nota de fundamentare
- DC Medical, noiembrie 2026, pentru datele privind localitățile fără medic de familie
- Institutul Național de Statistică, Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2025, pentru numărul și distribuția structurilor medicale vizate