

STUDIU DE IMPACT

privind proiectul de Ordin al Președintelui CNAS pentru modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin Ordinul nr. 180/2022, publicat pe site-ul CNAS la data de 29.05.2026

REZUMAT EXECUTIV

Prezenta analiză sintetică evidențiază impactul juridic, economic, medical și social al proiectului de Ordin inițiat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), prin care se introduce o formulă matematică obligatorie pentru determinarea „excedării capacității de furnizare a serviciilor medicale de către furnizorii publici” în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

Analiza demonstrează că, în pofida justificărilor invocate în referatul de aprobare privind „creșterea transparenței” și „predictibilitatea procesului de contractare”, proiectul produce efecte contrare interesului public și interesului pacientului.

În realitate, proiectul:

- reduce accesul pacienților la tratamente finanțate prin programele naționale;
- limitează artificial participarea furnizorilor privați;
- ignoră capacitatea reală disponibilă în sistemul de sănătate;
- elimină criteriile de acces efectiv la tratament;
- favorizează monopolizarea programelor naționale de către furnizorii publici;
- introduce mecanisme susceptibile de discriminare și conflict de interese;
- generează riscuri majore pentru continuitatea tratamentului bolnavilor cronici.

Concluzia preliminară a analizei este că proiectul nu reprezintă o măsură de eficientizare administrativă, ci o schimbare structurală de politică publică prin care se restrânge accesul pacienților la întreaga capacitate medicală existentă în România.

CAPITOLUL I

CONTEXTUL LEGISLATIV, INSTITUȚIONAL ȘI STRATEGIC AL PROIECTULUI CNAS

1.1. O reglementare aparent tehnică, cu efecte structurale asupra sistemului de sănătate

La prima vedere, proiectul de ordin promovat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pare să introducă exclusiv o metodologie tehnică de calcul al excedării capacității furnizorilor publici de servicii medicale. Limbajul utilizat în referatul de aprobare este unul aparent neutru, invocând transparența, predictibilitatea și necesitatea unor criterii obiective de evaluare.

În realitate însă, analiza efectelor juridice, medicale și economice ale proiectului relevă faptul că nu ne aflăm în fața unei simple clarificări metodologice, ci în fața unei schimbări structurale de politică publică, cu impact direct asupra modului în care sunt organizate și furnizate serviciile medicale finanțate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Miza reală a proiectului nu este modul în care se calculează excedentul de capacitate. Miza reală este stabilirea unui nou criteriu de acces la programele naționale de sănătate.

Până în prezent, întrebarea esențială era dacă există pacienți care nu beneficiază de serviciile medicale necesare și dacă sistemul dispune de resurse suplimentare care pot fi utilizate pentru tratarea acestora.

Prin proiectul propus de CNAS, întrebarea se transformă radical. Pacientul dispare din centrul analizei și este înlocuit de o evaluare statistică a capacității declarate de furnizorii publici.

Această modificare aparent subtilă schimbă însă întregul fundament al sistemului. În loc să urmărească accesul pacientului la tratament, sistemul începe să urmărească protejarea unei capacități teoretice declarate de furnizorii publici.

În loc să se întrebe dacă pacientul primește tratamentul la timp, administrația începe să se întrebe dacă furnizorul public susține că ar putea, în teorie, să îl trateze or diferența este enormă. Prima abordare aparține unui sistem orientat către pacient. A doua aparține unui sistem orientat către propria sa justificare administrativă.

În loc să răspundă la întrebarea: „**Pot pacienții să primească tratamentul de care au nevoie?**”, CNAS propune să răspundă la întrebarea: „**Rezultatul formulei permite sau nu participarea furnizorilor privați?**”. Această mutație aparent subtilă reprezintă, în realitate, esența întregii probleme.

1.2. Cine este beneficiarul real al sistemului de sănătate și care sunt consecințele când pacientul real este înlocuit cu un pacient statistic?

Legea nr. 95/2006 consacră un principiu fundamental care pare să fi fost uitat în elaborarea proiectului: sistemul de asigurări sociale de sănătate există pentru pacient.

Nu pentru CNAS! Nu pentru furnizorii publici! Nu pentru furnizorii privați! Nu pentru administrație!

Întregul mecanism de finanțare prin FNUASS este construit în jurul interesului asiguratului și al accesului acestuia la servicii medicale. În consecință, orice reglementare care afectează accesul la tratament trebuie analizată exclusiv prin prisma efectelor asupra pacientului.

Or, analiza proiectului relevă un fapt îngrijorător: în întreaga argumentație a CNAS nu există nicio evaluare a impactului asupra:

- timpului de acces la tratament;
- listelor de așteptare;
- continuității tratamentului;
- mortalității evitabile;
- complicațiilor și risipei generate de întârzieri.

În schimb, **documentul este concentrat aproape exclusiv asupra definirii unei metodologii administrative de limitare a accesului furnizorilor privați la programele naționale. Această inversare a priorităților reprezintă prima vulnerabilitate majoră a proiectului.**

Poate cea mai îngrijorătoare concluzie care rezultă din analiza proiectului este că pacientul concret, cu nevoile sale medicale reale, dispare complet din mecanismul decizional.

Pacientul care așteaptă o investigație PET-CT nu apare în formulă.

Pacientul care este redirecționat dintr-un județ în altul pentru că nu există capacitate disponibilă nu apare în formulă.

Pacientul căruia i se agravează boala în perioada de așteptare nu apare în formulă.

În schimb, apare un pacient statistic. Un pacient abstract. Un pacient construit din medii, procente și estimări. Acest pacient statistic are avantajul de a fi ușor de administrat dar nu și tratat iar problema este că programele naționale de sănătate nu au fost create pentru pacienți statistici. Ele au fost create pentru oameni reali. Or atunci **când diferența dintre realitate și modelul statistic devine suficient de mare, sistemul încetează să mai servească interesul pacientului și începe să servească exclusiv interesele propriei administrații.**

1.3. Contradicția fundamentală dintre obiectivele declarate și efectele reale sau confuzia dintre existența unei capacități și accesul efectiv la tratament

Referatul de aprobare susține că proiectul urmărește:

- creșterea transparenței;
- reducerea subiectivismului;
- predictibilitatea procesului de contractare.

La nivel teoretic, acestea sunt obiective legitime. Problema apare atunci când analizăm efectele concrete ale mecanismului propus. Un mecanism este transparent atunci când conduce la o imagine mai fidelă a realității. În cazul de față, formula propusă face exact opusul. Ea elimină din analiză tocmai indicatorii care descriu realitatea accesului la servicii:

- listele de așteptare;
- timpii de acces;
- capacitatea efectiv utilizată;
- gradul de ocupare;
- necesarul real de servicii.

În schimb, introduce indicatori statistici și declarații administrative. **Rezultatul este o situație paradoxală: cu cât metodologia este mai „transparentă” din punct de vedere birocratic, cu atât devine mai puțin relevantă din punct de vedere medical.**

Una dintre cele mai persistente erori din administrația publică românească este **tendința de a confunda existența formală a unei resurse cu disponibilitatea efectivă sau si mai grav, ignorarea acesteia.** Același fenomen se regăsește și în prezentul proiect.

CNAS pornește de la premisa că dacă un furnizor public declară existența unei anumite capacități, atunci această capacitate este echivalentă cu accesul real al pacientului la serviciul medical respectiv. În practică însă, orice profesionist din sistemul de sănătate știe că lucrurile funcționează complet diferit iar **accesul real apare numai atunci când serviciul poate fi furnizat într-un interval compatibil cu nevoile clinice ale pacientului.**

- Existența unui aparat RMN NU înseamnă acces la investigație!
- Existența unui centru oncologic NU înseamnă acces la tratament!
- Existența unei linii de gardă NU înseamnă acces la specialist!
- Existența unor paturi contractate NU înseamnă acces la internare!

Pentru un pacient oncologic, tratamentul disponibil peste trei luni nu reprezintă acces la tratament.

Pentru un pacient cu scleroză multiplă, programarea disponibilă după deteriorarea stării neurologice nu reprezintă acces la tratament.

Pentru un pacient cu boală rară, existența formală a unui centru care nu poate prelua noi cazuri nu reprezintă acces la tratament.

Pentru un pacient cu risc cardiovascular înalt, existența formală a unui centru care poate efectua investigațiile necesare peste câteva luni nu reprezintă acces la tratament, atunci când întârzierea diagnosticului și a intervenției poate transforma un risc controlabil într-un infarct miocardic, un accident vascular cerebral sau o insuficiență cardiacă severă, cu consecințe ireversibile pentru pacient și costuri incomparabil mai mari pentru sistemul de sănătate.

Cu toate acestea, proiectul CNAS ignoră complet această realitate.

CAPITOLUL II

ANALIZA FORMULELOR PROPUSE DE CNAS. DE CE ALGORITMUL NU MĂSOARĂ ACCESUL LA TRATAMENT, CI EXCLUSIV O CAPACITATE TEORETICĂ ȘI DECLARATĂ

2.1. Premisa greșită de la care pornește întreaga metodologie

Înainte de analiza propriu-zisă a formulelor, trebuie observată problema fundamentală a întregii construcții propuse de CNAS. Scopul declarat al metodologiei este determinarea situațiilor în

care nevoia medicală a populației excede capacitatea furnizorilor publici și justifică participarea furnizorilor privați la derularea programelor naționale de sănătate.

În mod firesc, o asemenea analiză ar trebui să răspundă unei singure întrebări: **“Poate pacientul să primească tratamentul de care are nevoie, la momentul la care are nevoie?”**

Cu toate acestea, niciuna dintre formulele propuse nu măsoară:

- timpul de acces la tratament;
- listele de așteptare;
- capacitatea efectiv disponibilă;
- întârzierile în inițierea terapiei;
- gradul de ocupare al serviciilor;
- numărul pacienților respinși sau reprogramați.

Practic, **metodologia încearcă să determine existența accesului la tratament fără să măsoare accesul la tratament. Această contradicție reprezintă vulnerabilitatea fundamentală a întregului proiect.**

2.2. Formula pentru afecțiunile cronice

Pentru programele adresate bolilor cronice, proiectul CNAS propune următoarea formulă:

$E = P(\%) \times \text{Pop} + \Sigma \text{Bi} - \text{Be} - \min(\text{NBE}, \text{NBD})$, unde:

- $P(\%)$ = prevalența bolii;
- Pop = populația eligibilă;
- ΣBi = pacienți atrași din alte județe;
- Be = pacienți tratați în alte județe;
- NBE = numărul pacienților tratați efectiv de furnizorii publici;
- NBD = numărul pacienților pe care furnizorii publici declară că îi pot trata.

Conform proiectului, dacă rezultatul E este pozitiv, există nevoie medicală neacoperită. Dacă rezultatul este zero sau negativ, se consideră că furnizorii publici pot acoperi necesarul. La prima vedere, formula pare logică. În realitate însă, **niciuna dintre variabile nu măsoară accesul efectiv la tratament. Formula estimează un necesar teoretic și îl compară cu o capacitate declarată. Pacientul real nu apare nicăieri în ecuație.**

2.3. Problema prevalenței – $P(\%)$

Primul termen al formulei este: **$P(\%) \times \text{Pop}$**

Acesta reprezintă estimarea numărului de pacienți pe baza prevalenței bolii. Problema este că prevalența descrie existența unei afecțiuni într-o populație. Nu descrie accesul la servicii medicale. Nu descrie consumul de servicii. Nu descrie complexitatea cazurilor. Nu descrie nevoia efectivă de tratament.

Două județe cu aceeași prevalență pot avea nevoi complet diferite:

- unul poate dispune de centre performante și acces rapid la diagnostic;
- celălalt poate avea liste de așteptare și deficit de specialiști.

În formula CNAS, ambele situații sunt tratate identic.

Prin urmare, prevalența poate estima existența bolii, dar nu poate demonstra existența accesului la tratament.

2.4. Problema mobilității pacienților – ΣBi și Be

Formula adaugă și scade pacienții care circulă între județe: **$+\Sigma \text{Bi} - \text{Be}$**

În teorie, acest mecanism urmărește corectarea diferențelor teritoriale. În practică însă, el ascunde una dintre cele mai importante probleme ale sistemului. Pacienții nu se deplasează

către alte județe pentru că sistemul funcționează. Se deplasează pentru că sistemul local nu le poate oferi serviciul necesar. Prin urmare, migrația pacienților reprezintă un indicator al insuficienței capacității locale. Formula tratează însă acest fenomen ca pe o simplă variabilă statistică.

Pacientul care este obligat să călătorească sute de kilometri pentru tratament nu reprezintă dovada funcționării sistemului. Reprezintă dovada incapacității acestuia de a furniza servicii aproape de domiciliu.

2.5. Problema NBE – activitatea trecută nu este capacitate viitoare

Formula utilizează indicatorul: **NBE = numărul pacienților tratați efectiv de furnizorii publici**
Acest indicator măsoară activitatea realizată într-o perioadă anterioară.

Nu măsoară:

- câți pacienți au rămas netratați;
- câți pacienți au fost programați cu întârziere;
- câți pacienți au fost redirecționați;
- câți pacienți au abandonat tratamentul.

Cu alte cuvinte, NBE măsoară ceea ce sistemul a reușit să facă, nu măsoară ceea ce populația a avut nevoie or, această diferență este esențială.

Un spital poate trata 5.000 de pacienți într-un an. Acest lucru nu înseamnă că necesarul a fost de 5.000 de pacienți. Poate însemna că necesarul real a fost de 7.000 sau 8.000, iar diferența a rămas neacoperită.

Formula nu are niciun mecanism prin care să identifice această situație.

2.6. Problema majoră a formulei – NBD

Cea mai controversată variabilă este: **NBD = numărul pacienților pe care furnizorii publici declară că îi pot trata**. Din punct de vedere metodologic, aceasta reprezintă cea mai vulnerabilă componentă a întregii formule.

NBD este doar o declarație și NU este:

- un indicator clinic;
- un indicator economic;
- un indicator auditat.

Mai mult, **această declarație este formulată chiar de entitatea care beneficiază direct de excluderea competitorilor săi din procesul de contractare.**

În practică, proiectul permite furnizorului public să influențeze accesul furnizorilor privați prin simpla declarație a unei anumite capacități.

Problema este agravată de faptul că proiectul nu instituie:

- obligații de verificare independentă;
- audit extern;
- sancțiuni pentru supraestimarea capacității;
- mecanisme de răspundere pentru nerealizarea volumelor declarate.

Astfel, **furnizorul public poate declara că poate trata un număr de pacienți fără a suporta consecințe dacă această capacitate se dovedește iluzorie. În schimb, pacienții suportă consecințele.**

2.7. De ce funcția min(NBE, NBD) nu rezolvă problema

Formula utilizează expresia: **min(NBE, NBD)**

CNAS susține implicit că această abordare limitează efectul unor declarații nerealiste. În realitate, problema rămâne. Funcția matematică poate limita dimensiunea erorii dar nu poate elimina eroarea de fond. Aceasta deoarece nici NBE și nici NBD nu conțin informații despre:

- listele de așteptare;
- timpul de acces;
- pacienții netratați;
- necesarul neacoperit.

Prin urmare, **chiar dacă funcția reduce impactul unei declarații exagerate, ea continuă să opereze cu indicatori care nu măsoară fenomenul pe care pretind că îl măsoară.**

2.8. Formula pentru afecțiunile episodice reproduce aceleași erori

Pentru afecțiunile episodice, proiectul utilizează formula: $E = I(\%) \times \text{Pop_risc} + \Sigma B_i - B_e - \text{min}(NBE, NBD)$, unde: $I(\%) = \text{incidența bolii}$

Diferența față de formula anterioară este înlocuirea prevalenței cu incidența. Problema rămâne însă identică. Incidența măsoară apariția unor cazuri noi. Nu măsoară:

- accesul la tratament;
- timpul de răspuns al sistemului;
- capacitatea efectiv disponibilă;
- gradul de ocupare al serviciilor.

Prin urmare, **formula continuă să estimeze populația afectată fără să măsoare capacitatea reală de a răspunde nevoilor acesteia.**

2.9. Demonstrația eșecului metodologic

Studiu de caz:

Să presupunem că într-un județ există 10.000 de pacienți eligibili pentru tratament.

Furnizorii publici tratează efectiv 7.000 de pacienți.

2.000 de pacienți sunt pe liste de așteptare.

1.000 de pacienți se adresează furnizorilor privați.

Formula poate genera un rezultat care indică inexistența unei nevoi suplimentare.

Pacienții însă continuă să aștepte.

Din punct de vedere statistic, sistemul poate apărea echilibrat.

Din punct de vedere medical, 3.000 de persoane nu au acces la tratamentul necesar la momentul oportun.

Acesta este motivul pentru care formula CNAS nu poate fi considerată un instrument de măsurare a accesului la tratament.

Ea măsoară exclusiv o capacitate teoretică și declarată.

Iar într-un sistem de sănătate, diferența dintre capacitatea declarată și capacitatea reală se măsoară în complicații, dizabilități, costuri suplimentare și, în anumite situații, vieți pierdute.

CAPITOLUL III

FORMULA CNAS NU MĂSOARĂ CAPACITATEA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE. MĂSOARĂ EXCLUSIV CAPACITATEA DECLARATĂ A FURNIZORILOR PUBLICI ȘI IGNORĂ DELIBERAT INFRASTRUCTURA MEDICALĂ PRIVATĂ A ROMÂNIEI

3.1. Marea omisiune a proiectului: sistemul de sănătate este mult mai vast decât sistemul public

Poate cea mai gravă eroare de fundamentare a proiectului CNAS nu se regăsește în formulele matematice propriu-zise ci apare încă înainte de aplicarea formulei.

Întregul mecanism este construit pe premisa implicită că atunci când evaluăm capacitatea sistemului de sănătate trebuie să evaluăm exclusiv capacitatea furnizorilor publici. Această premisă era discutabilă în urmă cu douăzeci de ani. Astăzi însă este pur și simplu incompatibilă cu realitatea sistemului medical românesc.

România anului 2026 nu mai are un sistem public cu o componentă privată marginală ci un sistem medical mixt, în care sectorul privat reprezintă una dintre principalele componente ale infrastructurii sanitare naționale.

În acest context, orice reformă autentică trebuie să pornească de la realitatea sistemului pe care intenționează să îl reglementeze. Or, realitatea sistemului medical românesc este una pe care chiar studiile economice și financiare recente o descriu fără echivoc.

România continuă să fie unul dintre statele membre ale Uniunii Europene cu cele mai reduse cheltuieli pentru sănătate raportate la PIB și la numărul de locuitori.

Subfinanțarea cronică a sistemului este însoțită de:

- deficit de personal;
- distribuție inegală a serviciilor medicale;
- liste de așteptare;
- acces limitat în anumite specialități;
- migrația continuă a resursei umane.

Toate reformele majore implementate în sistemele europene de sănătate au urmărit aceeași direcție: creșterea accesului, nu protejarea unei anumite forme de proprietate, nu limitarea artificială a capacităților existente, nu excluderea unor furnizori capabili să livreze servicii medicale.

Toate modelele performante urmăresc utilizarea integrală a resurselor disponibile pentru reducerea timpilor de așteptare și îmbunătățirea rezultatelor clinice iar existența unei infrastructuri private funcționale este privită ca un avantaj strategic.

În acest context, una dintre cele mai importante evoluții structurale din ultimii 20 de ani a fost consolidarea sectorului privat de sănătate România dispunând astăzi de una dintre cele mai dezvoltate rețele private de servicii medicale din Europa Centrală și de Est.

Această dezvoltare nu a fost rezultatul unei politici publice deliberate. Ea a reprezentat răspunsul pieței la incapacitatea sistemului public de a răspunde integral nevoilor populației.

Astăzi, furnizorii privați reprezintă o componentă esențială a sistemului medical românesc.

Conform studiului Ernst&Young din 2024:

- **sectorul privat angajează aproximativ 43% din totalul personalului medical din România;**
- **generează o piață de peste 4,7 miliarde euro anual;**
- **deservește milioane de pacienți anual;**
- **realizează investiții anuale de sute de milioane de euro în infrastructură și tehnologie medicală.**

Cu alte cuvinte, **atunci când CNAS vorbește despre furnizorii privați, nu vorbește despre un sector marginal.** Vorbește despre una dintre cele mai moderne, dezvoltate, eficiente și competente capacități medicale modernă existente în România.

Din punct de vedere al politicilor publice, aceasta nu reprezintă doar o eroare metodologică. Reprezintă o negare a realității.

4.2. O formulă care ignoră o resursă medicală majoritară a țării nu poate măsura capacitatea sistemului

Orice model matematic este dependent de variabilele pe care le include dar și de variabilele pe care le exclude. În cazul formulei CNAS, excluderea este mai importantă decât includerea. Formula încearcă să determine dacă există sau nu nevoie medicală neacoperită.

Însă nu ia în calcul:

- **medicii din sectorul privat**, care asigură o parte majoră a activității din ambulatoriul de specialitate, unde furnizorii privați reprezintă aproximativ **78,5% din totalul furnizorilor contractați de CNAS**;
- **laboratoarele private și furnizorii de servicii paraclinice**, care realizează analize medicale și investigații radio imagistice și reprezintă aproximativ **82,89% din furnizorii contractați în acest segment**;
- **centrele private de imagistică**, incluse în categoria serviciilor paraclinice, care constituie componenta dominantă a infrastructurii de diagnostic avansat contractate de CNAS, în cadrul aceluiași procent de **82,89% furnizori privați**;
- **clinicile private de ambulatoriu**, care reprezintă aproximativ **78,5% din furnizorii de servicii clinice de specialitate**, precum și **74,88% din centrele medicale multifuncționale și de recuperare** aflate în relație contractuală cu CNAS;
- **furnizorii privați de dializă**, care asigură aproximativ **89,02% din capacitatea contractată pentru hemodializă și dializă peritoneală**;
- **serviciile private de îngrijiri medicale la domiciliu**, unde ponderea furnizorilor privați este de **100%**;
- **serviciile private de ambulanță și transport sanitar**, unde ponderea furnizorilor privați este de asemenea de **100%**;
- **spitalele private**, care, deși primesc doar o fracțiune din finanțarea publică destinată spitalelor (aprox. 5%), reprezintă aproximativ **70% din numărul unităților spitalicești existente în România** (547 unități spitalicești identificate în sectorul privat, comparativ cu 375 spitale publice identificate în sistemul contractat cu CNAS);
- **infrastructura privată deja existentă**, construită exclusiv prin investiții private și integrată funcțional în sistemul medical național;
- **investițiile private realizate deja**, care au permis dezvoltarea a mii de unități medicale și a unei rețele care deservește anual milioane de pacienți, fără finanțare de capital din partea statului.

Practic, CNAS încearcă să determine capacitatea sistemului de sănătate evaluând doar o parte a acestuia însă diferența este fundamentală.

Un model care ignoră sectoare în care furnizorii privați reprezintă 78%, 83%, 89%, 96% sau chiar 100% din capacitatea contractată nu poate pretinde că măsoară capacitatea națională de furnizare a serviciilor medicale.

Poate măsura cel mult capacitatea administrativă declarată a unei părți a sistemului, transformând deliberat în „invizibilă” o infrastructură medicală construită în ultimele două decenii prin investiții private și utilizată zilnic de milioane de pacienți.

Concluziile obținute într-un asemenea exercițiu nu pot fi decât profund eronate.

3.3. Capacitatea privată există deja, funcționează deja și este deja plătită de contribuabili

Poate cea mai paradoxală consecință a proiectului este că tratează infrastructura privată ca pe o resursă opțională. În realitate, această infrastructură există deja și este perfect funcțională. Este acreditată, autorizată, dotată și utilizată în prezent zilnic de milioane de pacienți.

Mai mult, această infrastructură nu a fost construită din bugetul CNAS, nu a fost construită din fonduri ale Ministerului Sănătății sau ale altor ministere de resort sau unități administrative teritoriale care au spitale descentralizate în structura proprie. Nu a avut acces la fonduri din PMRR sau POS și nu a fost construită prin programe naționale de investiții. A fost construită prin investiții private.

În orice analiză economică rațională, existența unei capacități deja construite și deja funcționale reprezintă un avantaj. În logica proiectului CNAS, aceasta pare să reprezinte o povară.

4.4. Riscul ignorării unei infrastructuri care deja există

Studiul „Transparența banilor din sistemul medical românesc” realizat de Academia de Studii Economice în 2025 arată că **unul dintre obiectivele fundamentale ale politicilor de sănătate trebuie să fie optimizarea utilizării resurselor existente și distribuirea eficientă a acestora între furnizori pentru a asigura acces echitabil și performanță sistemică.**

Or, proiectul CNAS produce exact efectul contrar. În loc să utilizeze întreaga capacitate disponibilă, acesta creează mecanisme administrative prin care o parte importantă a infrastructurii medicale este exclusă din calcul.

Aceasta generează **prima și cea mai evidentă formă de risipă**. România plătește deja costul existenței acestei infrastructuri. Ea există, funcționează, are personal, are echipamente, are pacienți, are experiență și este de cele mai multe ori și mai eficientă dar nu este utilizată la capacitate maximă pentru tratarea pacienților incluși în programele naționale. În schimb, sistemul continuă să suporte costurile generate de listele de așteptare și de capacitățile insuficiente din anumite zone ale rețelei publice.

A doua mare risipă este plata degradării stării de sănătate a pacientului. Poate cea mai costisitoare consecință a proiectului nu va apărea imediat în execuțiile bugetare ale CNAS. Va apărea în evoluția clinică a pacienților.

Orice medic știe că boala tratată precoce costă mai puțin decât boala tratată tardiv. Acesta este unul dintre principiile fundamentale ale medicinei moderne.

- Un pacient oncologic sau cu risc cardio vascular tratat la timp necesită mai puține resurse decât un pacient care ajunge într-un stadiu avansat.
- Un pacient diabetic monitorizat corespunzător costă mai puțin decât un pacient care dezvoltă complicații vasculare.
- Un pacient neurologic tratat precoce costă mai puțin decât un pacient care dezvoltă handicap permanent.

Cu toate acestea, **formula CNAS nu conține nicio variabilă care să măsoare costul întârzierii tratamentului.** Din perspectiva proiectului, pacientul care primește tratament peste trei luni este echivalent cu pacientul care primește tratament mâine. Din punct de vedere medical și economic, diferența poate fi uriașă.

Prin urmare, **proiectul nu economisește resurse. Doar mută costurile în viitor. Și, de regulă, acestea se multiplică.**

A treia mare risipă este finanțarea duplicării unor servicii care există deja. Poate cea mai surprinzătoare contradicție a proiectului este că acesta poate deveni justificarea perfectă pentru noi investiții publice în infrastructuri care există deja în sectorul privat.

Atunci când o nevoie medicală este identificată, reacția firească a unei administrații eficiente este să utilizeze resursele disponibile.

Reacția pe care o stimulează indirect proiectul CNAS este diferită.

În loc să folosească infrastructura existentă, sistemul este încurajat să construiască infrastructură suplimentară. În loc să valorifice capacitățile deja operaționale, este stimulată duplicarea acestora.

Din perspectivă economică, aceasta reprezintă una dintre cele mai ineficiente forme de utilizare a banului public. Mai ales în condițiile în care serviciile medicale din programele naționale sunt decontate la același tarif, indiferent dacă sunt furnizate de un operator public sau privat.

Dar dacă tariful este același, de ce este exclus furnizorul privat?

Aceasta este probabil întrebarea pe care proiectul CNAS nu reușește să o răspundă.

În cadrul programelor naționale, serviciul medical este decontat la același tarif. Pacientul este același. Boala este aceeași. Protocolul terapeutic este același. Sursa de finanțare este aceeași. Singura diferență este forma de organizare a furnizorului.

În aceste condiții, care este justificarea economică pentru excluderea unei părți din furnizori?

Proiectul nu oferă un răspuns și nici nu poate oferi pentru că argumentul eficienței economice nu susține această abordare, argumentul accesului pacientului nu susține această abordare, argumentul utilizării eficiente a resurselor nu susține această abordare.

Singurul efect observabil este restrângerea artificială a accesului unor furnizori la programele finanțate din contribuțiile tuturor asiguraților.

CAPITOLUL V

IMPACTUL ASUPRA PACIENȚILOR ȘI ASUPRA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

5.1. Elementul absent din întreaga construcție CNAS: consecința întârzierii tratamentului

O caracteristică surprinzătoare a proiectului este faptul că acesta analizează exclusiv capacitatea de furnizare a serviciilor medicale, fără să analizeze consecințele neacordării acestora. Cu alte cuvinte, **proiectul încearcă să stabilească cine poate furniza tratament fără să analizeze ce se întâmplă atunci când tratamentul nu este furnizat la timp. Din perspectivă administrativă această omisiune poate părea minoră dar din perspectivă medicală ea este fundamentală.**

În majoritatea afecțiunilor incluse în programele naționale, timpul reprezintă o variabilă clinică esențială. Prognosticul pacientului nu depinde exclusiv de existența tratamentului. Depinde de momentul în care tratamentul este inițiat. Prin urmare, orice măsură care reduce accesul la furnizori disponibili trebuie analizată și prin prisma impactului asupra evoluției bolii.

Această analiză lipsește complet din documentația CNAS.

5.2. Oncologia – domeniul în care timpul înseamnă supraviețuire

Literatura medicală internațională demonstrează constant că întârzierea diagnosticului și a inițierii tratamentului este asociată cu:

- progresia bolii;
- creșterea mortalității;
- reducerea ratelor de supraviețuire;
- creșterea costurilor terapeutice.

În acest context, **existența unui furnizor privat care poate prelua imediat pacientul nu reprezintă un avantaj pentru furnizor. Reprezintă un avantaj pentru pacient.**

Reglementarea propusă de CNAS ignoră complet această dimensiune.

Ea tratează echivalent:

- tratamentul disponibil astăzi;
- tratamentul disponibil peste trei luni.

Din punct de vedere statistic poate exista o capacitate similară însă din punct de vedere medical diferența poate reprezenta șansa la viață.

5.3. Bolile neurologice – costul ireversibil al întâzierii

În neurologie, multe dintre pierderile funcționale produse de evoluția bolii nu mai pot fi recuperate ulterior. Pacientul nu pierde doar timp atunci când accesul la tratament este întârziat. Poate pierde funcții neurologice, autonomie, capacitatea de muncă, independența și poate chiar viața.

Aceste costuri nu apar în formula CNAS. Ele sunt însă suportate de pacient, familie și ulterior de întregul sistem social.

5.4. Patologia cardiovasculară – costul inacțiunii preventive

În ultimii ani, politicile europene de sănătate au urmărit reducerea mortalității cardiovasculare prin intervenții precoce.

Proiectul CNAS este construit însă exclusiv în jurul capacității de tratament și nu ține cont de valoarea accesului rapid la investigație și monitorizare.

Un pacient cu risc cardiovascular major care nu poate efectua la timp investigațiile necesare poate ajunge ulterior:

- pacient cu infarct miocardic;
- pacient cu accident vascular cerebral;
- pacient cu insuficiență cardiacă.

În acel moment sistemul nu mai finanțează prevenția. Finanțează consecințele lipsei acesteia.

5.5. Boli rare și afecțiuni cu prevalență redusă

Pentru numeroase boli rare, accesul la tratament este deja limitat prin natura patologiei. Numărul redus de centre și specialiști transformă timpul de acces într-o resursă critică. În aceste situații, excluderea unor capacități private existente poate avea efecte disproporționate asupra pacienților. Cu cât numărul furnizorilor eligibili este mai redus, cu atât crește vulnerabilitatea întregului program.

5.6. Continuitatea tratamentului ca principiu fundamental

Programele naționale nu sunt construite doar pentru inițierea tratamentului. Ele sunt construite pentru continuitatea acestuia. Un pacient oncologic, neurologic sau cu boală cronică nu poate fi tratat prin episoade administrative. El are nevoie de predictibilitate și continuitate.

Orice mecanism care limitează artificial capacitatea disponibilă crește riscul de întrerupere a acestui continuum terapeutic.

CAPITOLUL VI

IMPACTUL ASUPRA SUSTENABILITĂȚII FINANCIARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ȘI ASUPRA UTILIZĂRII EFICIENTE A FONDURILOR PUBLICE

6.1. O reglementare care ignoră principiul fundamental al eficienței economice

După cum s-a demonstrat în capitolele anterioare, proiectul CNAS nu pornește de la analiza accesului pacientului la tratament, ci de la analiza capacității declarate de furnizorii publici. Această abordare generează însă o problemă suplimentară, mult mai puțin discutată în documentele de fundamentare: impactul asupra eficienței utilizării fondurilor publice.

Fondurile disponibile prin FNUASS nu sunt nelimitate. Orice sistem de asigurări de sănătate funcționează pe baza unei resurse limitate. Nevoile medicale sunt însă în continuă creștere.

În acest context, responsabilitatea unei autorități de asigurări de sănătate nu este doar să finanțeze servicii medicale. Responsabilitatea sa este să maximizeze beneficiul obținut pentru pacient din fiecare ban colectat de la contribuabili. Aceasta reprezintă esența principiului eficienței economice în sănătate.

Or, **analiza proiectului relevă faptul că acesta nu urmărește maximizarea valorii generate de resursele existente ci dimpotrivă, prin excluderea unei părți semnificative a infrastructurii deja disponibile, proiectul creează premisele unei utilizări suboptimale a fondurilor publice.**

6.2. România nu se confruntă cu un deficit de infrastructură medicală. România se confruntă cu un deficit de utilizare eficientă a infrastructurii existente

În mod tradițional, dezbaterile privind sănătatea din România sunt construite în jurul ideii că principala problemă a sistemului este lipsa infrastructurii. Această afirmație este doar parțial adevărată.

În ultimii douăzeci de ani, sectorul privat a realizat investiții masive în:

- spitale;
- centre medicale;
- laboratoare;
- centre de imagistică;
- unități de recuperare;
- infrastructură digitală;
- echipamente medicale de înaltă performanță.

Studiul EY evidentiat anterior demonstrează că sectorul privat a devenit unul dintre principalii investitori în sănătatea românească și unul dintre principalii furnizori de servicii medicale. Acesta contribuie direct și indirect cu aproximativ 3% la PIB și susține zeci de mii de locuri de muncă. Prin urmare, **problema fundamentală nu mai este exclusiv lipsa infrastructurii. Problema este utilizarea incompletă a infrastructurii deja existente.**

Orice politică publică responsabilă ar trebui să urmărească valorificarea integrală a acestor capacități înainte de a genera noi costuri pentru construirea unor capacități suplimentare.

6.3. Costul invizibil al proiectului: pierderea eficienței sistemice

Poate cel mai important cost al proiectului nu va apărea niciodată într-un raport financiar. Acesta este costul oportunităților pierdute.

De fiecare dată când un pacient nu este direcționat către primul furnizor disponibil, sistemul pierde timp. De fiecare dată când un echipament performant rămâne neutilizat, sistemul pierde eficiență. De fiecare dată când o capacitate existentă nu este valorificată, sistemul pierde valoare. Aceste costuri sunt dificil de cuantificat contabil. Ele sunt însă extrem de vizibile pentru pacienți și pentru profesioniștii din sănătate.

CAPITOLUL VII

IMPACTUL ASUPRA CONCURENȚEI, NEUTRALITĂȚII FINANȚĂRII ȘI COMPATIBILITĂȚII CU PRINCIPIILE EUROPENE DE ORGANIZARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

7.1. O dezbatere care depășește sfera sănătății

Până în acest punct al analizei au fost demonstrate efectele proiectului asupra accesului pacienților la tratament, asupra eficienței utilizării infrastructurii medicale și asupra sustenabilității financiare a sistemului.

Există însă o dimensiune suplimentară, la fel de importantă, care nu poate fi ignorată. Aceasta privește impactul reglementării asupra principiilor care guvernează utilizarea fondurilor publice și relația dintre furnizorii aflați în competiție pentru furnizarea serviciilor medicale finanțate din contribuțiile obligatorii ale cetățenilor.

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate este constituit din contribuțiile tuturor persoanelor asigurate și trebuie utilizat exclusiv în interesul pacientului și al sistemului de sănătate.

Din această perspectivă, **orice mecanism care limitează accesul unor furnizori eligibili trebuie să fie riguros justificat prin argumente obiective, proporționale și verificabile.**

În lipsa unei asemenea justificări, apare riscul transformării unei măsuri administrative într-un mecanism de protecție instituțională a unui anumit segment al pieței.

7.2. Neutralitatea finanțării publice – un principiu esențial al sistemelor moderne de sănătate

În toate sistemele moderne bazate pe asigurări sociale de sănătate există o regulă simplă: finanțarea trebuie să urmeze pacientul și nu furnizorul, forma de proprietate, subordonarea administrativă sau apartenența instituțională.

Pacientul este titularul dreptului la servicii medicale iar finanțarea publică reprezintă instrumentul prin care acest drept trebuie să fie exercitat or, introducerea unui mecanism care produce efecte exclusiv asupra accesului anumitor categorii de furnizori la programele finanțate public ridică întrebări legitime privind compatibilitatea sa cu principiul neutralității finanțării și garantării accesului nestingherit pacientului cronic la tratamentul necesar.

7.3. Riscul instituirii unui avantaj concurențial artificial

Un alt efect care merită analizat este impactul asupra concurenței dintre furnizorii medicali.

În mod normal, concurența într-un sistem de sănătate trebuie să se manifeste prin:

- calitatea serviciilor;
- accesibilitate;
- investiții;
- tehnologie;
- eficiență organizațională;
- experiența pacientului.

Proiectul analizat introduce însă o variabilă nouă: participarea la programele naționale poate deveni dependentă de capacitatea declarată de furnizorii publici.

Aceasta creează o situație neobișnuită. Un furnizor poate influența indirect accesul altor furnizori la piață prin simpla declarare a propriei capacități.

Indiferent de intenția autorului reglementării, efectul practic este acela că actorii deja prezenți în sistem beneficiază de un avantaj instituțional care nu rezultă din performanță, eficiență sau rezultate medicale.

În economie, asemenea mecanisme sunt privite cu prudență deoarece reduc presiunea concurențială și diminuează stimulentele pentru inovare și eficientizare.

7.4. Concurența în sănătate nu înseamnă competiție pentru profit. Înseamnă competiție pentru acces și calitate

Una dintre confuziile frecvent întâlnite în dezbateră publică este asocierea automată a concurenței cu ideea de profit. În realitate, în sectorul medical concurența produce efecte benefice în principal pentru pacient.

Concurența stimulează:

- reducerea timpilor de așteptare;
- investițiile în tehnologie;
- dezvoltarea infrastructurii;
- îmbunătățirea experienței pacientului;
- creșterea productivității;
- atragerea personalului calificat.

O piață în care există mai mulți furnizori capabili să presteze servicii în condiții similare oferă pacientului mai multe opțiuni și reduce dependența sistemului de un număr limitat de operatori. În schimb, **limitarea artificială a accesului unor furnizori produce efectul invers. Crește concentrarea, reduce flexibilitatea sistemului, reduce capacitatea de absorbție a cererii și crește vulnerabilitatea în situațiile de criză.**

7.5. Compatibilitatea cu obiectivele europene privind accesul la servicii medicale

În ultimii ani, politicile europene din domeniul sănătății au urmărit consolidarea accesului populației la servicii medicale și utilizarea eficientă a tuturor resurselor disponibile.

Accentul a fost plasat constant pe:

- accesibilitate;
- reziliență;
- eficiență;
- utilizarea tehnologiei;
- reducerea inegalităților teritoriale.

Niciuna dintre aceste priorități nu presupune limitarea accesului la capacități medicale deja existente și funcționale. Dimpotrivă, direcția generală a reformelor europene este integrarea și valorificarea tuturor resurselor disponibile pentru creșterea performanței sistemului.

În acest context, **o reglementare care tratează o parte semnificativă a infrastructurii medicale drept nerelevantă pentru evaluarea necesarului ridică întrebări legitime privind compatibilitatea sa cu aceste obiective.**

7.6. Un risc instituțional major: transformarea CNAS din cumpărător strategic în administrator de capacități

Poate cea mai profundă consecință a proiectului este schimbarea rolului implicit al CNAS. Într-un sistem modern de asigurări sociale, CNAS ar trebui să acționeze ca un cumpărător strategic de servicii medicale. Cu alte cuvinte, instituția ar trebui să identifice nevoile populației și să achiziționeze serviciile necesare de la furnizorii capabili să le livreze în cele mai bune condiții. Proiectul analizat mută însă accentul către protejarea și administrarea unor capacități prestabilite. Această schimbare este subtilă, dar extrem de importantă. Un cumpărător strategic urmărește interesul pacientului. Un administrator de capacități urmărește menținerea

echilibrului intern al sistemului. **Cele două obiective nu sunt întotdeauna identice. Iar atunci când apare un conflict între ele, interesul pacientului trebuie să prevaleze.**

CAPITOLUL VIII

EFECTELE ASUPRA REZILIENȚEI, SECURITĂȚII ȘI CAPACITĂȚII DE RĂSPUNS A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

8.1. O lecție pe care sistemul pare să o fi uitat prea repede

Pandemia COVID-19 a reprezentat cel mai amplu test de stres aplicat sistemului de sănătate românesc în ultimele decenii. Dincolo de toate lecțiile medicale, economice și sociale, pandemia a demonstrat un adevăr fundamental: **reziliența unui sistem de sănătate nu este dată de capacitatea minimă necesară pentru funcționare, ci de capacitatea suplimentară disponibilă în momentele de criză.**

Sistemele performante nu sunt construite pentru a funcționa permanent la limita resurselor. Ele sunt construite pentru a absorbi șocuri, pentru a prelua creșteri neașteptate de cerere, pentru a redistribui pacienți, pentru a utiliza simultan toate resursele disponibile.

Or, exact această lecție pare să fie ignorată de proiectul CNAS. **În loc să trateze întreaga infrastructură medicală existentă ca pe un activ strategic al sistemului de sănătate, proiectul propune un mecanism care reduce artificial capacitatea disponibilă și transformă o parte semnificativă a acesteia într-o resursă administrativ nerelevantă.** Această abordare nu consolidează sistemul. Îl fragilizează.

8.2. Capacitatea privată reprezintă o rezervă strategică a sistemului de sănătate

Una dintre cele mai grave erori conceptuale ale proiectului este perceperea sectorului privat exclusiv prin prisma relației contractuale cu CNAS. În realitate, rolul său este mult mai important. Sectorul privat reprezintă una dintre principalele rezerve de capacitate ale sistemului medical românesc.

Acești concentrează:

- aproximativ 43% din personalul medical;
- majoritatea laboratoarelor contractate cu CNAS;
- majoritatea furnizorilor de servicii paraclinice;
- majoritatea furnizorilor de stomatologie;
- majoritatea serviciilor de dializă;
- o componentă semnificativă a infrastructurii spitalicești și ambulatorii.

Această capacitate există indiferent dacă este sau nu utilizată într-un anumit moment. Valoarea ei strategică nu rezultă doar din activitatea curentă ci din faptul că poate fi mobilizată rapid atunci când sistemul este supus unei presiuni suplimentare.

Orice stat modern investește în capacități de rezervă. **CNAS pare să urmărească exact contrariul: diminuarea relevanței unei capacități de rezervă deja existente și deja funcționale.**

8.3. Vulnerabilitatea creată de concentrarea artificială a serviciilor

Orice sistem devine mai vulnerabil atunci când își concentrează activitatea într-un număr redus de furnizori. Diversificarea furnizorilor reprezintă una dintre principalele garanții ale continuității serviciilor.

Dacă un furnizor întâmpină dificultăți:

- ceilalți preiau activitatea;

- pacienții sunt redistribuiți;
- impactul asupra sistemului este limitat.

În schimb, atunci când capacitatea este concentrată excesiv, orice disfuncționalitate produce efecte mult mai grave.

Proiectul CNAS favorizează exact acest tip de concentrare. **Cu cât numărul furnizorilor eligibili este mai redus, cu atât sistemul devine mai dependent de un număr limitat de operatori. Acest lucru poate genera vulnerabilități majore nu doar în situații de criză.**

8.4. Un sistem construit pentru a limita capacitatea nu poate deveni mai rezilient

Poate cea mai paradoxală concluzie a proiectului este aceea că încearcă să optimizeze sistemul prin limitarea capacității disponibile. În realitate, reziliența și flexibilitatea sunt construite exact invers, prin multiplicarea opțiunilor, prin utilizarea tuturor resurselor existente, prin reducerea dependenței de un singur tip de furnizor, prin integrarea tuturor actorilor capabili să livreze servicii medicale.

Din această perspectivă, **proiectul nu produce consolidarea sistemului. Produce reducerea capacității sale de adaptare.**

CAPITOLUL IX

ANALIZA DE IMPACT CARE LIPSEȘTE DIN FUNDAMENTAREA PROIECTULUI CNAS

9.1. O reglementare majoră fără o evaluare proporțională a consecințelor

Cu cât impactul unei reglementări este mai mare, cu atât obligația autorității de a demonstra necesitatea și efectele acesteia este mai importantă.

În cazul de față, proiectul modifică regulile de acces la programele naționale de sănătate și afectează direct:

- pacienți;
- furnizori;
- investiții;
- capacitatea de furnizare;
- distribuția geografică a serviciilor.

Cu toate acestea, **documentația de fundamentare nu conține o analiză de impact proporțională cu amploarea efectelor potențiale. Mai exact, lipsesc răspunsuri la întrebările esențiale pe care orice reformă de acest tip ar trebui să le clarifice.**

9.2. Întrebările la care CNAS nu răspunde

Documentația nu precizează:

- câți furnizori vor fi afectați;
- câte contracte nu vor mai putea fi încheiate;
- câți pacienți vor fi afectați;
- în ce județe vor apărea probleme de acces;
- care va fi impactul asupra timpilor de așteptare;
- care va fi impactul asupra programelor oncologice;
- care va fi impactul asupra bolilor rare;
- care va fi impactul asupra programelor cardiovasculare;
- care va fi impactul asupra serviciilor paraclinice;
- care va fi impactul asupra investițiilor private.

Practic, **proiectul propune o schimbare majoră fără să demonstreze efectele acesteia. Aceasta reprezintă una dintre cele mai importante vulnerabilități ale întregii inițiative.**

9.3. Absența evaluării impactului nu înseamnă absența impactului

Faptul că efectele nu sunt cuantificate nu înseamnă că acestea nu există. Înseamnă doar că autoritatea nu le-a analizat. Or, într-un sistem atât de complex precum sănătatea, lipsa unei evaluări riguroase poate conduce la efecte neintenționate extrem de costisitoare.

Istoria reformelor sanitare demonstrează că cele mai mari probleme apar atunci când deciziile sunt adoptate fără o înțelegere completă a consecințelor.

9.4. O reglementare construită pe presupuneri

În lipsa unei evaluări de impact, proiectul pare construit pe o serie de presupuneri implicite:

- că furnizorii publici vor putea absorbi cererea suplimentară;
- că timpii de așteptare nu vor crește;
- că accesul geografic nu va fi afectat;
- că pacienții nu vor întâmpina dificultăți suplimentare;
- că investițiile private nu vor fi influențate.

Niciuna dintre aceste ipoteze nu este demonstrată. Toate sunt asumate. **În materie de politică publică, o asemenea abordare este insuficientă pentru justificarea unei intervenții cu efecte sistemice.**

CAPITOLUL X

SOLUȚIILE PROPUSE – UN MODEL ALTERNATIV CENTRAT PE PACIENT, PERFORMANȚĂ ȘI UTILIZAREA INTEGRALĂ A CAPACITĂȚII EXISTENTE

10.1. Problema nu este necesitatea unei metodologii. Problema este metodologia propusă

Necesitatea existenței unor criterii transparente și obiective pentru evaluarea capacității de furnizare a serviciilor medicale rezulta chiar din practica și din inexistența unei motivații pentru care CNAS de mai bine de 1 an, temporizează și tergiversează accesul unei anumite categorii de furnizori în programele naționale de sănătate pe care le finanțează.

Un sistem medical modern trebuie să utilizeze indicatori clari și verificabili.

Ceea ce este contestabil este utilizarea unor indicatori care nu măsoară accesul pacientului și ignoră o parte semnificativă a capacității existente.

10.2. Principiul fundamental: pacientul trebuie să devină unitatea de măsură a sistemului

Orice metodologie trebuie să răspundă unei singure întrebări:

Primește pacientul tratamentul de care are nevoie, la momentul la care are nevoie?

Dacă răspunsul este negativ, atunci există o problemă de capacitate, indiferent ce arată formulele, indiferent ce declară furnizorii publici, indiferent ce estimează statisticile.

10.3. Indicatorii care trebuie introduși obligatoriu

Evaluarea capacității să includă:

- **Timpul mediu până la accesul la serviciu:** acesta este indicatorul care reflectă cel mai fidel experiența pacientului.
- **Numărul pacienților aflați pe liste de așteptare:** Un sistem care are liste de așteptare nu poate susține că dispune de capacitate excedentară.

- **Gradul real de ocupare al serviciilor:** nu capacitatea declarată ci capacitatea utilizată efectiv.
- **Continuitatea tratamentului:** evaluarea trebuie să țină cont de capacitatea de a menține tratamentul, nu doar de a iniția administrativ un episod de îngrijire.
- **Distribuția geografică a serviciilor:** accesul trebuie analizat și din perspectiva distanței pe care pacientul trebuie să o parcurgă.

10.4. Auditarea independentă a capacității

Orice capacitate declarată trebuie verificată. Nu poate exista o metodologie credibilă în care actorul evaluat își stabilește singur indicatorii fără mecanisme independente de validare. Acesta este un principiu elementar de guvernare.

10.5. Utilizarea integrală a capacității existente

Cea mai importantă recomandare este simplă: **orice capacitate existentă, acreditată, autorizată și capabilă să furnizeze servicii medicale la standardele impuse de CNAS trebuie să poată contribui la satisfacerea nevoilor pacienților.**

Pacientul nu trebuie să fie interesat de forma de proprietate a furnizorului, trebuie să fie interesat de accesul la tratament. Acesta este și interesul legitim al statului.

CONCLUZIA GENERALĂ A STUDIULUI

După analiza juridică, medicală, economică și de politici publice, concluzia este fără echivoc: **proiectul CNAS nu demonstrează existența unei probleme care să justifice intervenția propusă, dar creează numeroase riscuri sistemice pe care nu le evaluează și nu le asumă.**

În forma actuală, proiectul:

- reduce flexibilitatea sistemului;
- ignoră o parte semnificativă a capacității medicale a României;
- creează premisele creșterii timpilor de așteptare;
- favorizează subutilizarea unor investiții deja realizate;
- transferă costuri suplimentare asupra FNUASS;
- descurajează investițiile private;
- reduce reziliența sistemului;
- afectează accesul pacienților la tratamente esențiale
- pune în pericol starea de sănătate și chiar viața pacienților.

Mai grav, proiectul introduce o schimbare profundă de filozofie: în loc ca sistemul să fie construit în jurul pacientului și al accesului acestuia la tratament, acesta începe să fie construit în jurul capacităților declarate de furnizori.

Un sistem de sănătate performant nu este acela care demonstrează statistic că are capacitate. Este acela care demonstrează, în fiecare zi, că pacienții primesc tratamentul de care au nevoie.

Din această perspectivă, proiectul trebuie retras și reconstruit pe baza unei metodologii care să utilizeze integral resursele existente ale sistemului și să aibă ca obiectiv unic interesul pacientului.