ASOCIAȚIA MEDICILOR DE FAMILIE BUCUREȘTI-ILFOV
Sediul: str. Agricultori nr. 33, sector 2, București
CIF RO16047700, e-mail office@amf-b.ro
Nr. 130 din 19.11.2026

Către:

1. Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), în atenția dnei. Venera-Luminița COPĂESCU, Președinte cu rang de secretar de stat

   Splaiul Independenței nr. 202A, et. 7, sector 6, București, e-mail: transparenta.decizionala@anmcs.gov.ro
2. Ministerul Sănătății, în atenția dlui. Alexandru ROGOBETE, Ministrul Sănătății
3. Senatul României, Comisia pentru sănătate, în atenția dlui. Prof. Dr. Adrian STREINU-CERCEL
4. Camera Deputaților, Comisia pentru sănătate și familie, în atenția dlui. Prof. Dr. Alexandru RAFILA

Referitor la Anunțul ANMCS privind proiectul de Ordonanță a Guvernului pentru modificarea și completarea Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, publicat la data de 16.11.2026, în procedura de transparență decizională, pe site-ul instituției, la adresa: https://anmcs.gov.ro/ro/anunt-referitor-la-proiectul-de-ordonanta-guvernului-pentru-modificarea-si-completarea-legii-nr-185-2017-privind-asigurarea-calitatii-in-sistemul-de-sanatate/, formulăm prezentele propuneri pentru proiectul de ordonanță și pentru nota de fundamentare a acestuia.

Temei: art. 7 alin. (4), (6) și (9) din Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, și HG nr. 831/2022 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 52/2003. Termenul de transmitere este 26.11.2026, ora 14:00.

MEMORIU

privind menținerea exceptării cabinetelor de medicină de familie de la acreditarea obligatorie ANMCS, prevăzută la art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017

Subscrisa, Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov (AMFB), reprezentată legal prin Dr. BERBECEL Cosmina Daniela, în calitate de Președinte, formulăm prezentul memoriu în numele medicilor de familie membri ai asociației și al pacienților înscriși pe listele acestora. AMFB va propune aderarea la memoriu Societății Naționale de Medicina Familiei, asociațiilor județene ale medicilor de familie și patronatelor de profil.

I. Obiectul memoriului și solicitarea principală

Solicităm ***eliminarea din proiect a punctului 8***, care modifică art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017, și ***menținerea textului în vigoare***, care exceptează cabinetele de medicină de familie de la acreditarea obligatorie.

1. Art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017, în forma dată prin Legea nr. 329/2018 pentru modificarea unor acte normative în domeniul sănătății, prevede că acreditarea este obligatorie pentru unitățile sanitare, ***„cu excepția cabinetelor de medicină de familie”***. Excepția privește și cabinetele dentare, cabinetele din ambulatoriul de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, precum și laboratoarele.

2. Noul art. 7 alin. (5), propus la pct. 8 din proiect, păstrează doar fraza privind obligativitatea acreditării. Singura excepție rămasă privește farmaciile și oficinele cu circuit deschis. Nota de fundamentare descrie măsura într-o singură propoziție, arătând că au fost eliminate „excepțiile de la acreditare a unora dintre unitățile sanitare” din ambulatoriu ***„prin revenirea la forma inițială”*** a legii.

3. Memoriul privește și următoarele prevederi conexe, care agravează efectul măsurii:

a) pct. 2 și 4 din proiect, care redefinesc la art. 2 lit. c) și d) unitățile sanitare și unitățile din ambulatoriu, cuprinzând expres entitățile „fără personalitate juridică”, adică și cabinetele medicale individuale;

b) pct. 10, care modifică art. 8 alin. (4): modul de calcul al taxelor nu ar mai fi aprobat prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui ANMCS, ci de Colegiul director al ANMCS;

c) pct. 11 și 13, care elimină avizul conform al Ministerului Sănătății pentru categoriile de acreditare (art. 9 alin. (1) și art. 11 alin. (10) lit. d));

d) pct. 25, care introduce la art. 20^1 obligația de a afișa categoria de acreditare sau mențiunea „în proces de acreditare”.

4. Nu ne opunem modificărilor organizatorice privind ANMCS, punerii în acord cu Legea nr. 165/2026 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ ori clarificărilor privind acreditarea unităților sanitare cu paturi. Nu ne opunem, desigur, preocupării pentru calitate. ***Ne opunem unui instrument nepotrivit, introdus fără evaluarea impactului, pentru o categorie de furnizori la care calitatea este deja verificată prin alte mecanisme.***

II. O încercare anterioară, respinsă de Parlament în 2018

5. Nu este prima încercare de a supune cabinetele de medicină de familie acreditării obligatorii. În forma sa inițială, Legea nr. 185/2017 impunea acreditarea tuturor unităților sanitare, inclusiv a cabinetelor. Măsura a fost contestată de organizațiile profesionale, prin memoriile din 05.02.2018, 01.03.2018 și 08.03.2018, ultimul fiind semnat de 22 de asociații ale medicilor de familie, două colegii ale medicilor, 5 patronate ale medicilor de familie și 7 colegii ale medicilor dentiști. Parlamentul a înlăturat-o prin Legea nr. 329/2018, adoptată de Camera Deputaților, în

calitate de cameră decizională, la 21.11.2018,[1] ***cu 269 de voturi pentru***.[2] Guvernul a confirmat ulterior excepția în Nota de fundamentare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 25/2020 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate.[3] Cronologia completă se află în Anexa nr. 1.

6. Argumentele care au determinat atunci exceptarea au fost, în esență, următoarele:

a) standardele propuse pentru medicina de familie cuprindeau 154 de cerințe, unele preluate din grila de evaluare a spitalelor, fără obiect într-un cabinet de medicină de familie;

b) costurile erau mari și imprevizibile: nivelul taxei era lăsat la un act ulterior, tariful orar de evaluare era de 290 lei, potrivit Ordinului nr. 1350/668/2016 privind aprobarea modalității de calcul al taxei de acreditare, valabilă pentru ciclul de acreditare corespunzător perioadei 2017-2021, iar complexitatea criteriilor impunea, practic, apelul la firme de consultanță;

c) activitatea cabinetelor era deja verificată periodic de DSP, CNAS și Colegiul Medicilor, ***ANMCS devenind a patra instituție de control***;

d) ***riscul de blocaj era real***: în Nota de fundamentare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 109/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Guvernul a recunoscut că nu toate unitățile aflate în contract cu casele de asigurări fuseseră acreditate sau înscrise în procedură și că, fără măsuri tranzitorii de urgență, contractele lor ar fi încetat la 31.12.2018.[4]

7. Excepția reprezintă, așadar, ***o decizie deliberată a legiuitorului***, luată după dezbatere în ambele Camere. Colegiul Medicilor Stomatologi din România a cerut și el, prin adresa nr. 3409 din 18.11.2026, menținerea exceptării.[5] Proiectul nu arată ce s-ar fi schimbat din 2018 în privința motivelor de atunci. ***Vom arăta că aceste motive s-au agravat.***

III. Nota de fundamentare nu justifică măsura și nu respectă Legea nr. 24/2000

8. Secțiunea 2.3 a notei de fundamentare a proiectului menționează eliminarea exceptării doar ca „revenire la forma inițială”, fără să explice de ce, fără să identifice vreo deficiență de calitate sau de siguranță în medicina de familie și fără să arate ce s-a schimbat din 2018. Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată,

[1]Comunicat de presă al Camerei Deputaților din 21 noiembrie 2018: http://www.cdep.ro/relatii_publice/site2015.text_presa?pid=17099

[2]Cabinetele medicale, exceptate de la acreditarea prin ANMCS, HotNews.ro, noiembrie 2018: https://hotnews.ro/cabinetele-medicale-exceptate-de-la-acreditarea-prin-anmcs-medicii-se-plngeau-ca-taxele-impuse-de-institutia-condusa-de-vasile-cepoi-i-falimenteaza-si-i-348409

[3]Nota de fundamentare a OUG nr. 25/2020: https://gov.ro/ro/guvernul/procesul-legislativ/note-de-fundamentare/nota-de-fundamentare-oug-nr-25-04-02-2020&page=6

[4]Nota de fundamentare a proiectului OUG nr. 109/2018: https://media.hotnews.ro/media_server1/document-2018-12-13-22864900-0-nota-fundamentare-proiect-oug.pdf

[5]Poziția CMSR, Ziua de Vest, 18 noiembrie 2026: https://www.ziuadevest.ro/medicii-stomatologi-se-opun-acreditarii-obligatorii-anmcs-cmsr-avertizeaza-ca-noile-costuri-ar-putea-duce-la-scumpirea-tratamentelor/

cere ca soluțiile să fie „temeinic fundamentate”, pornind de la „insuficiențele legislației în vigoare” (art. 6 alin. (1) și (2)), iar evaluarea preliminară a impactului să fie făcută înainte de adoptare și să identifice efectele economice, sociale și bugetare (art. 7 alin. (1)-(3)). Proiectul trebuie precedat de documentare, inclusiv asupra istoricului legislației și a reglementărilor din statele Uniunii Europene (art. 20 alin. (1)). Nota de fundamentare trebuie să arate insuficiențele reglementării în vigoare, concluziile studiilor și ale evaluărilor statistice, costurile și beneficiile, precum și consultările făcute (art. 30 alin. (1) lit. b) și art. 31 alin. (1) lit. a), b) și e)). În plus, proiectul legii de aprobare a unei ordonanțe emise în temeiul unei legi de abilitare trebuie însoțit de un studiu de impact (art. 30 alin. (1) lit. d)), din care să reiasă dacă beneficiile justifică costurile (art. 33 alin. (3) lit. h)). În privința eliminării exceptării, ***nota nu conține niciunul dintre aceste elemente***.

9. La secțiunile 3.1-3.5, nota afirmă că nu au fost identificate impacturi asupra costurilor, impact social, impact asupra drepturilor fundamentale sau asupra mediului de afaceri. ***Evaluarea impactului asupra drepturilor și libertăților fundamentale este însă obligatorie*** (art. 7 alin. (3^1) din Legea nr. 24/2000), iar simpla mențiune că nu au fost identificate impacturi nu ține locul evaluării. Afirmația nu poate fi susținută, din următoarele motive:

a) în 2024, 9.125 de cabinete de medicină de familie aveau contract cu CNAS,[6] aproape toate fiind microentități private;

b) proiectul le impune taxa de acreditare (art. 8 alin. (1)), taxe de reevaluare și reacreditare, documentație și evaluare, adică exclusiv costuri directe pentru un furnizor privat;

c) listele acestor cabinete cuprind aproape întreaga populație asigurată, astfel încât orice efect asupra cabinetelor are un impact social direct.

10. Beneficiile invocate în notă nu privesc medicina de familie. Se promit economii bugetare pentru „unitățile sanitare publice”, care nu ar mai apela la consultanți, și creșterea siguranței pacienților „tratați în unitățile sanitare cu paturi” (secțiunile 3.1 și 3.2). ***Pentru cabinetele de medicină de familie nu este identificat niciun beneficiu.***

11. ***Nota contrazice chiar intenția de extindere.*** La secțiunea 2.2, ANMCS descrie „dificultăți operaționale majore” generate de numărul mare de unități cu paturi care trebuie acreditate într-un ciclu, „costuri administrative și de timp disproporționate” pentru unități și pentru autoritate, precum și un „risc real de blocaj”. Același proiect introduce la art. 2 lit. g) posibilitatea prelungirii ciclului de acreditare în situații „de depășire a resurselor umane, logistice ori financiare ale ANMCS”. ***Autoritatea își recunoaște limitele de capacitate pentru aproximativ 775 de unități cu paturi, dar propune să preia peste 9.000 de cabinete de medicină de familie***, la care se adaugă cabinetele dentare, ambulatoriile și laboratoarele. O asemenea extindere presupune evaluatori, personal și cheltuieli suplimentare. Cu toate acestea, secțiunea a 4-a a notei, privind impactul financiar, este necompletată, iar fișa financiară este considerată inutilă („Nu este cazul”), deși art.

[6] OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025, date preluate de Edupedu.ro, 10 februarie 2026: https://www.edupedu.ro/paradox-romanesc-suntem-pe-primul-loc-la-absolventi-de-medicina-intre-tarile-ocde-dar-avem-putini-medici-de-familie-si-sate-fara-doctor-in-2024-peste-90-dintre-medici-lucrau-in-orase/amp/

31 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 24/2000 cere prezentarea impactului bugetar pe termen scurt și pe cinci ani.

12. Motivele invocate sunt de natură administrativă: obligațiile din Codul administrativ (Legea nr. 165/2026), care privesc structura posturilor ANMCS, „coerența cadrului normativ” și păstrarea recunoașterii internaționale ISQua. ***Niciunul dintre acestea nu impune extinderea sferei unităților obligate să se acrediteze.*** Nota nu indică vreo cerință ISQua în acest sens, iar ISQua evaluează organizația de acreditare și standardele acesteia, nu dimensiunea populației de furnizori obligați să se acrediteze.

13. La secțiunea 6.2, nota arată că nu au fost identificate consultări cu organizații neguvernamentale sau cu alte organisme, deși SNMF, CMR și CMSR sunt membri ai Colegiului director al ANMCS (art. 11 alin. (1) lit. h), j) și q) din lege), iar organizațiile medicilor de familie sunt cele mai afectate. Consultarea publică a fost deschisă la 16.11.2026, cu termen la 26.11.2026, adică minimul de 10 zile calendaristice prevăzut de art. 7 alin. (4) din Legea nr. 52/2003, pentru o măsură care schimbă regimul juridic al unei întregi rețele de asistență primară. Proiectul are relevanță asupra mediului de afaceri, astfel încât anunțul trebuia transmis asociațiilor legal constituite din domeniu (art. 7 alin. (3)); ***nu avem cunoștință ca anunțul să fi fost transmis organizațiilor medicilor de familie***. Proiectul nu poate fi transmis spre avizare mai devreme de 30 de zile lucrătoare de la anunț (art. 7 alin. (2)) și numai după definitivarea lui pe baza observațiilor primite (art. 7 alin. (8)).

14. Secțiunile 5.1 și 8.1 ale notei nu prevăd măsuri de punere în aplicare. Proiectul nu are un termen distinct de intrare în vigoare pentru noile categorii obligate și nici dispoziții tranzitorii pentru contractele cu casele de asigurări. Art. 26 din Legea nr. 24/2000 cere însă soluții pentru situațiile tranzitorii atunci când noua reglementare afectează raporturi juridice născute sub cea veche, ***ceea ce este exact cazul contractelor în derulare***. În 2018, aceeași omisiune a făcut necesară adoptarea OUG nr. 109/2018, pentru a evita încetarea contractelor la 31 decembrie.

IV. Măsura nu trece testul de proporționalitate prevăzut de Legea nr. 245/2020 și de art. 53 din Constituție

A. Testul de proporționalitate este obligatoriu

15. Legea nr. 245/2020 privind efectuarea unui test de proporționalitate anterior adoptării unor noi reglementări referitoare la profesii transpune Directiva (UE) 2018/958 a Parlamentului European și a Consiliului din 28 iunie 2018 privind efectuarea unui test de proporționalitate înainte de adoptarea unor noi reglementări referitoare la profesii. Legea a fost modificată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 245/2020, aprobată prin Legea nr. 103/2025. Ea se aplică reglementărilor care restricționează accesul la o profesie reglementată sau exercitarea acesteia „ori una dintre formele de exercitare a acesteia”, inclusiv celor care modifică reglementările existente (art. 1 și 2). Noțiunea de „reglementări profesionale” cuprinde expres dispozițiile adoptate de Guvern și de autoritățile administrației

publice centrale (art. 3 alin. (1) lit. d)). Profesia de medic este o profesie reglementată, iar cabinetul medical individual este o formă legală de exercitare a acesteia, potrivit OG nr. 124/1998.

16. Noul art. 7 alin. (5) face din acreditare o „condiție obligatorie", indiferent de relația cu casa de asigurări. În practică, condiția se transmite direct în contractarea cu casele de asigurări: potrivit art. 249 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, casele de asigurări încheie contracte cu furnizorii „autorizați și evaluați", în cazul celor exceptați de la acreditare potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 (lit. a)), respectiv cu furnizorii „autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare", în cazul celor obligați să se acrediteze (lit. b)). ***Eliminarea excepțării ar muta, așadar, în mod automat, cabinetele de medicină de familie de la lit. a) la lit. b), transformând acreditarea într-o condiție de contractare.*** Pentru medicul de familie, contractul cu casa de asigurări reprezintă practic întregul venit al cabinetului. Fiind o condiție de care depinde, în fapt, exercitarea profesiei în forma cabinetului medical, dispoziția restricționează exercitarea profesiei, în sensul art. 2 alin. (1), și este de aceeași natură cu „regimurile de înregistrare sau autorizare" enumerate la art. 7 alin. (4) lit. d) din Legea nr. 245/2020.

17. Obligațiile procedurale prevăzute de lege nu au fost respectate. Legea cere ca evaluarea proporționalității să fie făcută înainte de adoptare, de autoritățile publice în a căror arie de competență se circumscrie profesia, care inițiază sau avizează proiectul (art. 5 alin. (1) și art. 12 alin. (1)), ca amploarea ei să corespundă impactului dispoziției (art. 5 alin. (3)), iar justificarea să fie probată „cu elemente calitative și, ori de câte ori este posibil și relevant, cu elemente cantitative" (art. 5 alin. (4)). Evaluarea trebuie făcută „într-un mod obiectiv și independent" (art. 5 alin. (5)), părțile afectate trebuie informate și consultate (art. 8), iar proiectul trebuie însoțit de „o explicație suficient de detaliată" privind conformitatea cu principiul proporționalității (art. 12 alin. (2)). ***Nota de fundamentare nu conține nicio evaluare a proporționalității, niciun indicator și nicio consultare. O evaluare făcută de ANMCS nici nu ar putea fi independentă***, deoarece ANMCS ar încasa direct noile taxe; evaluarea revine, în primul rând, Ministerului Sănătății, ca autoritate competentă pentru profesia de medic și avizator al proiectului. Potrivit art. 10, reglementările adoptate cu încălcarea legii pot fi atacate în justiție, în temeiul Legii contenciosului administrativ nr. 554/2004.

18. În subsidiar, chiar dacă s-ar considera că Legea nr. 245/2020 nu este aplicabilă, cerința proporționalității decurge direct din Constituție. Măsura restrânge exercițiul dreptului la muncă și al libertății de alegere a profesiei (art. 41 din Constituția României, republicată) și al libertății economice (art. 45), afectând totodată dreptul pacienților la ocrotirea sănătății (art. 34). Potrivit art. 53, restrângerea trebuie să fie prevăzută de lege, necesară într-o societate democratică, proporțională cu situația care a determinat-o, nediscriminatorie și fără atingere adusă existenței dreptului. Curtea Constituțională verifică, în jurisprudența sa constantă, adecvarea măsurii, necesitatea ei și echilibrul dintre beneficii și sarcini.

B. Aplicarea criteriilor legale

Sintetizăm mai jos aplicarea criteriilor din Legea nr. 245/2020, dezvoltate la punctele 19-25. Aceleași criterii, respectiv adecvarea, necesitatea și echilibrul dintre sarcini și beneficii, sunt verificate și în cadrul testului constituțional.

Criteriul legal	**Ce cere legea**	**Situația din proiect și din realitate**	**Concluzie**
Obiectiv de interes public (art. 6 alin. (1)-(3))	Motiv de sănătate publică sau alt motiv imperativ; motivele pur economice ori strict administrative nu sunt acceptate	Nota invocă numai motive administrative: Codul administrativ, coerența normativă, recunoașterea ISQua	Nejustificat
Natura riscurilor (art. 7 alin. (2) lit. a))	Identificarea riscurilor concrete pentru pacienți	Niciun risc specific medicinei de familie, nicio dată despre evenimente adverse	Nedemonstrat
Insuficiența normelor existente (lit. b))	Dovada că regulile în vigoare nu ating obiectivul	Cel puțin șase mecanisme de control existente (pct. 21), niciunul analizat	Nedemonstrat
Adecvare și coerență (lit. c))	Atingerea obiectivului și tratarea la fel a riscurilor comparabile	Efecte mici și limitate în singurul studiu randomizat cunoscut; cabinetul cu un medic tratat ca un spital	Inadecvat
Impactul asupra alegerii și calității serviciilor (lit. d))	Evaluarea efectelor asupra pacienților	Risc de închidere a cabinetelor în zone deja deficitare; timp mutat de la pacient la birocrație	Impact negativ
Mijloace mai puțin restrictive (lit. e))	Dovada că alternativele nu sunt suficiente	Evaluarea CAS, acreditarea voluntară, monitorizarea tematică, raportarea evenimentelor adverse	Există alternative
Efect cumulat (lit. f) și alin. (4))	Analiza cumulului cu cerințele existente	Un nou regim de control, peste autorizarea DSP, avizul CMR, evaluarea CAS, EMC, asigurarea de malpraxis și tarifele fixate de CNAS	Sarcină excesivă

19. Siguranța pacientului este, în abstract, un obiectiv legitim. Legea cere însă ca restricția să fie „justificată în mod obiectiv" de acest obiectiv, iar art. 6 alin. (3) exclude expres motivele „de natură pur economică" și ***„motivele strict administrative"***. ***Motivele din notă sunt tocmai de această natură***: restructurarea posturilor, coerența textelor și recunoașterea internațională a instituției. Nici creșterea veniturilor proprii ale ANMCS din taxe (art. 4 alin. (4) și art. 8 din lege) nu poate constitui un motiv imperativ de interes public.

20. Medicina de familie se practică în ambulatoriu, fără spitalizare, intervenții chirurgicale sau anestezie. Riscurile ei principale, legate de diagnostic, prescriere, vaccinare, sterilizare și gestionarea deșeurilor, sunt deja reglementate și controlate distinct. Standardele de acreditare au fost concepute pentru organizații complexe, cu circuite, departamente și sute de angajați. Nota nu prezintă date despre evenimente adverse, reclamații sau deficiențe specifice cabinetelor de medicină de familie. De altfel, proiectul însuși prevede, la art. 2 lit. h^1), că suspendarea acreditării nu împiedică funcționarea unității sanitare și nu suspendă contractul cu casa de asigurări. Dacă

lipsa temporară a acreditării nu pune în pericol pacienții unei unități cu paturi, cu atât mai puțin se poate susține că acreditarea este indispensabilă pentru siguranța pacienților unui cabinet de medicină de familie.

21. ***Nota nu arată că normele existente ar fi insuficiente.*** Un cabinet de medicină de familie funcționează deja sub următoarele mecanisme:

a) înregistrarea și avizul Colegiului Medicilor, conform OG nr. 124/1998, cu verificarea spațiului și a dotării minime;

b) autorizația sanitară de funcționare emisă de DSP, cu controale privind circuitele, sterilizarea, deșeurile și dotarea;

c) evaluarea furnizorilor de către casele de asigurări, după metodologia-cadru aprobată prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 106/32/2015 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor naționale și a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, aplicabilă expres cabinetelor de medicină de familie;[7]

d) condițiile contractului-cadru și controalele CNAS, cu raportări electronice lunare, rețetă electronică și dosar electronic de sănătate;

e) asigurarea obligatorie de răspundere civilă profesională, conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată;

f) educația medicală continuă obligatorie și răspunderea disciplinară în fața Colegiului Medicilor.

La acestea se adaugă controalele ISU, obligațiile privind deșeurile medicale și cele privind protecția datelor. Nota nu analizează niciunul dintre aceste mecanisme și nu arată în ce privință ar fi insuficiente.

22. Măsura nu este nici adecvată, nici coerentă:

a) dovezile internaționale sunt slabe: în Danemarca, singurul studiu randomizat pe care îl cunoaștem asupra acreditării obligatorii în medicina de familie a găsit ***efecte semnificative statistic doar la câțiva indicatori de prescriere***, descrise de autori ca mici și limitate, și niciun efect asupra mortalității, controlului bolilor cronice sau vizitelor preventive; autorii recomandă evaluări de cost-eficiență;[8] ***programul danez de acreditare a fost închis în iunie 2022***, iar institutul care îl administra a fost dizolvat;[9] potrivit memoriului Comisiei de Medicina Familiei a CM Timiș din 05.02.2018, Colegiul Medicilor din Ungaria a comunicat că în această țară acreditarea furnizorilor este exclusiv

[7]Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 106/32/2015, Anexa 3, Metodologia-cadru de evaluare a furnizorilor: https://legeaz.net/monitorul-oficial-124-bis-2015/ordinul-ministerului-sanatatii-cnas-106-2015/anexa-3-metodologia-cadru-de-evaluare-a-furnizorilor-de-servicii-medicale-de-dispozitive-medicale-de-medicamente-si-materiale-sanitare

[8]L.B. Pedersen et al., Clinical effects of accreditation in general practice: a pragmatic randomized controlled study, Family Practice, vol. 42, nr. 2, 2025: https://academic.oup.com/fampra/article/42/2/cmae049/7760419

[9]ISQua, arhiva programului danez IKAS/DDKM: https://isqua.org/ikas-accreditation/

voluntară, iar nota de fundamentare nu indică niciun stat membru al Uniunii Europene în care acreditarea cabinetelor de medicină de familie să fie obligatorie, deși art. 20 alin. (1) din Legea nr. 24/2000 cere examinarea reglementărilor similare din aceste state;

b) experiența internă arată riscul formalismului: președintele ANMCS a recunoscut public că acreditarea devine formală atunci când unitatea se pregătește pentru evaluare în loc să își îmbunătățească activitatea curentă, lucru întâmplat mai ales în primul ciclu;[10]

c) proiectul tratează inegal riscuri comparabile: menține excepția pentru farmacii, care eliberează medicamente direct populației, dar supune acreditării, după un model gândit pentru spitale, un cabinet de medicină de familie cu un medic și o asistentă, fără să explice de ce riscul în farmacie ar fi mai mic.

23. La 31.12.2025, 1.055 de localități aveau deficit de medici de familie, fiind necesari încă 1.473 de medici, iar în 175 de localități nu existau deloc servicii de medicină de familie.[11] Orice sarcină nouă care grăbește pensionarea sau închiderea unui cabinet reduce direct accesul pacienților și libertatea lor de a-și alege medicul, iar timpul consumat de documentație este timp pierdut pentru consultații. Art. 7 alin. (7) din Legea nr. 245/2020 cere ca, la profesiile din domeniul sănătății, să se țină seama de obiectivul unui nivel ridicat de protecție a sănătății umane. ***Accesul efectiv la un medic de familie este el însuși o componentă esențială a acestei protecții.***

24. Obiectivul de calitate poate fi urmărit prin mijloace mai puțin restrictive: menținerea și îmbunătățirea evaluării CAS, acreditarea voluntară cu stimulente în contractul cu casa de asigurări, monitorizarea tematică și ghidurile ANMCS, sistemul național de raportare a evenimentelor adverse, gestionat deja de ANMCS (art. 6 lit. c^2) din lege), precum și indicatori de calitate calculați automat din datele electronice deja raportate. ***Nota nu analizează nicio alternativă.***

25. Art. 7 alin. (4) cere evaluarea efectului cumulat cu alte cerințe, între care dezvoltarea profesională continuă (lit. b)), regulile de organizare și supraveghere (lit. c)), regimurile de înregistrare și autorizare (lit. d)), cerințele cantitative și de personal minim (lit. e)), asigurarea de răspundere profesională (lit. i)) și tarifele (lit. k)). Medicul de familie este supus deja tuturor acestora: educație medicală continuă, aviz CMR și control disciplinar, autorizație DSP și evaluare CAS, număr minim de asigurați pe listă, asigurare de malpraxis și tarife stabilite prin contractul-cadru. ***Acreditarea s-ar adăuga, ca un nou regim de autorizare și control, peste toate cele existente***, fiind suportată din aceleași venituri.

C. Proporționalitatea în sens strict

26. ***Costul măsurii este cert, iar beneficiul nu este demonstrat.*** Taxele, timpul, documentația și, adesea, consultanța cad pe cabinete private care nu își pot stabili prețurile, întrucât tarifele sunt fixate de CNAS. Beneficiul pentru pacient nu este cuantificat și, potrivit dovezilor

[10] Interviu cu președintele ANMCS, Adevărul: https://adevarul.ro/stiri-interne/societate/cum-verificam-daca-un-spital-este-sigur-seful-2520861.html

[11] Date CNAS la 31 decembrie 2025, preluate de Economica.net, 22 aprilie 2026: https://www.economica.net/deficit-de-medici-de-familie-in-peste-1-000-de-localitati-din-tara_934238.html/amp

internaționale, este redus. Rețeaua de medicină de familie este deja fragilă: 41% dintre medicii de familie au peste 61 de ani,[12] aproape 20% au peste 70 de ani, potrivit președintei CNAS,[13] iar numărul cabinetelor aflate în contract cu CNAS a scăzut de la 10.157 în 2018 la 9.125 în 2024. Un medic aflat la vârsta pensionării nu va investi într-un proces de acreditare cu ciclu de cinci ani; este mult mai probabil să închidă cabinetul. ***Efectul net asupra sănătății publice ar fi negativ.***

V. Argumente juridice suplimentare

27. Excepția a fost introdusă printr-o lege, după dezbatere în ambele Camere. Proiectul o elimină printr-o ordonanță simplă, al cărei preambul ***lasă necompletate articolul, punctul și numărul legii de abilitare*** („art....pct. ...din Legea nr. ....”). Potrivit art. 115 alin. (1)-(3) din Constituție, Guvernul poate emite ordonanțe numai în domeniile și în termenul stabilite prin legea de abilitare. În forma actuală, nu se poate verifica dacă măsura se încadrează într-o abilitare. Nota de fundamentare invocă, în plus, necesitatea unei „intervenții legislative imediate”, limbaj propriu ordonanțelor de urgență, fără a arăta de ce eliminarea unei excepții aplicate de opt ani ar fi urgentă. O schimbare de politică publică de această amploare ar trebui să revină Parlamentului, printr-un proiect de lege dezbătut în comisiile de specialitate.

28. Curtea Constituțională a statuat constant că norma juridică trebuie să fie clară, precisă și previzibilă (art. 1 alin. (5) din Constituție), astfel încât destinatarii să își poată adapta conduita. Timp de opt ani, cabinetele s-au organizat în temeiul exceptării, prin investiții, contracte privind spațiul, angajarea de personal și credite. Proiectul schimbă regimul ***fără perioadă de tranziție, fără termene, fără standarde publicate pentru medicina de familie și fără nivelul taxelor***. Instabilitatea se observă și în privința taxelor: prin Ordonanța Guvernului nr. 2/2025 pentru modificarea Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, Guvernul a stabilit în ianuarie 2025 ca modul de calcul al taxelor să fie aprobat prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui ANMCS,[14] iar după mai puțin de doi ani proiectul renunță la această soluție.

29. Taxele de acreditare constituie venituri proprii ale ANMCS (art. 4 alin. (4) și art. 8 alin. (6) din lege). Pct. 10 din proiect conferă Colegiului director al ANMCS competența exclusivă de a aproba modul lor de calcul, eliminând controlul Ministerului Sănătății. ***Instituția care încasează taxele și le stabilește singură nivelul, fără plafon legal***, ar avea în plus un număr de plătitori de câteva zeci de ori mai mare. Pentru furnizori care nu își pot ajusta tarifele, o asemenea construcție este imprevizibilă.

30. În 2018, într-o adresă către SNMF semnată de președintele său și publicată pe site-ul propriu, ANMCS a calificat exceptarea medicilor de familie drept o „măsură discriminatorie”,

[12] OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025, date preluate de Edupedu.ro, sursă citată anterior.

[13] Declarația președintei CNAS, G4Media: https://www.g4media.ro/presedinta-cnas-aproape-20-dintre-medicii-de-familie-au-peste-70-de-ani.html

[14] Economica.net, 31 ianuarie 2025: https://www.economica.net/guvernul-a-decis-ca-modalitatea-prin-care-se-calculeaza-taxa-de-acreditare-a-unitatilor-sanitare-sa-fie-aprobata-prin-ordin-comun-de-ministrul-sanatatii-si-presedintele-anmcs_806930.html

„inoportună și total ineficientă”.[15] Argumentul nu poate fi primit. Potrivit jurisprudenței constante a Curții Constituționale privind art. 16, ***egalitatea nu înseamnă uniformitate***, iar situațiile diferite justifică un tratament juridic diferit atunci când diferența este obiectivă și rezonabilă. Un cabinet individual de medicină de familie diferă de un spital prin dimensiune, activitate, risc, mod de finanțare și mecanismele de control existente. Tratarea lor identică ar fi ea însăși contrară principiului egalității. De altfel, în aceeași adresă, ANMCS recunoștea că „prin reducerea birocrației” și prin protocoale „adaptate realităților socio-economice” se poate crește calitatea actului medical, adică exact ceea ce solicităm.

31. Pct. 25 impune afișarea categoriei de acreditare sau a mențiunii „în proces de acreditare”. În medicina de familie, pacientul își alege liber medicul, iar finanțarea cabinetului depinde de numărul de pacienți înscriși. Evaluarea a mii de cabinete s-ar întinde pe mulți ani, iar ierarhizarea publică ar crea între cabinete vecine diferențe de imagine ***datorate calendarului ANMCS, nu calității actului medical***. Statul are obligația de a proteja concurența loială (art. 135 alin. (2) lit. a) din Constituție).

32. Proiectul elimină avizul conform al Ministerului Sănătății pentru categoriile de acreditare (pct. 11 și 13) și ordinul comun pentru taxe (pct. 10). Asistența medicală primară este pilonul strategiei naționale de sănătate și este reglementată de Ministerul Sănătății și de CNAS. Ea nu poate fi supusă unui regim de acces la finanțare stabilit exclusiv de o autoritate aflată în coordonarea prim-ministrului, fără ca autoritatea de specialitate să aibă vreun rol.

VI. Argumente practice și de sistem

33. Ciclul al II-lea de acreditare a unităților cu paturi a început în 2017. Până la sfârșitul lunii iulie 2021 fuseseră evaluate 261 din cele 763 de unități înscrise.[16] Ciclul a fost prelungit și este declarat încheiat abia în nota de fundamentare din 2026. Potrivit Raportului de activitate al ANMCS pentru anul 2025, ciclul al II-lea a cuprins 775 de unități sanitare cu paturi, acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, iar în anul 2025 au fost încadrate în categorii de acreditare 64 de unități.[17] Aceasta înseamnă 775 de unități în aproximativ nouă ani, adică un ritm de ***aproximativ 86 de unități pe an***.

34. Unitățile din ambulatoriu care nu sunt exceptate au obligația de acreditare din 2017, însă metodologia de constituire a comisiilor de evaluare pentru primul lor ciclu a fost aprobată abia prin Ordinul președintelui ANMCS nr. 166 din 8 august 2025 privind aprobarea Metodologiei pentru stabilirea structurii comisiilor de evaluare în vederea acreditării unităților sanitare din

[15] Adresa ANMCS către Societatea Națională de Medicina Familiei, fără număr de înregistrare și fără dată, semnată de președintele ANMCS și publicată pe site-ul instituției în octombrie 2018: https://anmcs.gov.ro/ro/wp-content/uploads/2018/10/adresa-catre-SNMF.pdf

[16] Adevărul, 2021: https://adevarul.ro/stiri-interne/sanatate/261-de-spitale-publice-si-private-din-totalul-de-2120805.html

[17] ANMCS, Raport de activitate pentru anul 2025, aprobat prin Ordinul președintelui ANMCS nr. 36/31.03.2026: https://anmcs.gov.ro/ro/wp-content/uploads/2026/03/RAPORT-DE-ACTIVITATE-ANMCS-2025.pdf

ambulatoriu, pentru primul ciclu de acreditare.[18] Nota din 2026 arată doar că procesul „este demarat". ***După nouă ani, ANMCS nu a încheiat acreditarea ambulatoriului pentru care obligația există deja.***

35. Numai cabinetele de medicină de familie aflate în contract cu CNAS sunt 9.125, de aproximativ 12 ori mai multe decât unitățile cu paturi. Proiectul nu privește însă numai medicina de familie. Potrivit Institutului Național de Statistică, în anul 2024 funcționau 10.299 de cabinete independente de medicină de familie, 15.199 de cabinete medicale independente de specialitate și 17.450 de cabinete stomatologice independente.[19] ***În total, sunt 42.948 de cabinete, de peste 55 de ori mai multe decât cele 775 de unități cu paturi***, fără a socoti laboratoarele. Pentru a le evalua pe toate într-un singur ciclu de cinci ani, ANMCS ar trebui să efectueze aproximativ 8.600 de evaluări pe an, adică ***de circa 100 de ori ritmul de până acum***, ceea ce înseamnă peste 30 de evaluări în fiecare zi lucrătoare. Un cabinet nu are, desigur, dimensiunea unui spital, iar evaluarea lui durează mai puțin. Chiar admițând însă că ea ar cere de zece ori mai puțin efort, ANMCS ar avea nevoie de o capacitate de aproximativ zece ori mai mare decât cea actuală. La ritmul ciclului al II-lea, evaluarea o singură dată a cabinetelor de medicină de familie ar dura ***peste 100 de ani*** (9.125 de cabinete la 86 de evaluări pe an). Chiar la un ritm de zece ori mai mare, un singur ciclu, numai pentru medicina de familie, ar dura peste zece ani, adică dublul duratei legale de cinci ani.

36. Obligația ar deveni aplicabilă imediat, fără tranziție, iar ANMCS nu ar putea evalua cabinetele în timp util. Furnizorii ar trebui să dovedească mai întâi înscrierea, apoi acreditarea. ***Situația din decembrie 2018 s-ar repeta***: în lipsa unor norme tranzitorii adoptate de urgență, contractele cu casele de asigurări ar fi puse în pericol. Pentru ani de zile, obligația s-ar reduce la un formalism de înscriere, cu costuri și fără evaluare reală.

37. În 2018, ANMCS a declarat că taxa nu ar depăși aproximativ 500-600 de euro pentru un cabinet.[20] Chiar la acest nivel, cele 9.125 de cabinete ar plăti împreună ***aproximativ 4,6-5,5 milioane de euro pe ciclu***, sume scoase din asistența primară. Pentru toate cele 42.948 de cabinete vizate de proiect, suma ar ajunge la aproximativ 21-26 de milioane de euro pe ciclu. La taxa de acreditare se adaugă taxele de reevaluare și reacreditare, timpul necesar documentației și formarea unei persoane cu atribuții în managementul calității, iar adesea și costul consultanței, pe o piață ai cărei furnizori sunt recunoscuți tot de ANMCS (art. 6 lit. d) din lege). Cabinetul nu poate transfera aceste costuri asupra pacientului, întrucât tarifele sunt stabilite prin contractul-cadru.

38. Potrivit art. 249 alin. (2^1) și (2^2) din Legea nr. 95/2006, pentru a intra în procesul de evaluare, unitatea sanitară trebuie să aibă o structură de management al calității serviciilor de

[18]Ordinul președintelui ANMCS nr. 166 din 8 august 2025, Monitorul Oficial nr. 757/2025: https://www.euroavocatura.ro/monitorul-oficial/m-of-757-2025-ordin-166-13-08-autoritatea-na-ionala-de-management-al-calita-ii-in-sanatate

[19]Institutul Național de Statistică, comunicatul de presă nr. 162 din 30 iunie 2025, Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2024: https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/activ_unit_sanitare24r.pdf ; publicația INS completă pentru anul 2024: https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_retelei_sanitare_in_anul_2024_0.pdf ; datele au fost preluate și de presă, de exemplu Bursa, 30 iunie 2025: https://www.bursa.ro/ins-peste-69000-de-unitati-sanitare-functionau-in-romania-in-2024-42851657

[20]HotNews.ro, noiembrie 2018, articol citat anterior.

sănătate, cu cel puțin un post de medic. Într-un cabinet individual, această structură este chiar medicul titular. Documentația se întocmește în afara programului de consultații sau în detrimentul acestuia. Spre deosebire de spital, unde taxa și efortul administrativ sunt suportate de instituție, medicul de familie plătește din veniturile cabinetului și lucrează personal la dosar. ***Fiecare oră dedicată birocrației este o oră în minus pentru pacienți.***

39. Dintre medicii de familie, 41% au peste 61 de ani. În județul Vaslui, de pildă, 26 de medici de familie care au împlinit vârsta de pensionare lucrează în continuare, cu aviz CMR și DSP, într-un județ cu un deficit de 136 de medici.[21] Pentru acești medici, o procedură de acreditare cu ciclu de cinci ani este un motiv în plus să se retragă. Raportul OCDE din 2025 arată că păstrarea medicilor în sistem depinde și de birocrație și volumul de muncă, nu numai de stimulentele financiare.[22]

40. Dintre cele 1.055 de localități cu deficit de medici de familie, 335 nu au medic propriu și sunt deservite doar prin puncte de lucru ale medicilor din alte localități.[23] Fiecare punct de lucru ar deveni o locație de evaluat. Medicii care acoperă mai multe comune ar suporta cel mai mare cost administrativ, având cel mai mic interes economic să continue, în timp ce ***pacienții lor au cele mai puține alternative***.

41. Măsura contrazice politicile publice actuale. În iulie 2026, CNAS a pus în dezbatere modificări ale contractului-cadru prezentate drept reducere a birocrației.[24] Statul a finanțat prin PNRR, Investiția I1.1, dotarea cabinetelor de medicină de familie.[25] Strategia Națională de Sănătate, aplicabilă până în 2030, urmărește consolidarea asistenței primare, tocmai pentru a reduce presiunea asupra spitalelor. O obligație care descurajează rămânerea în profesie lucrează împotriva tuturor acestor obiective.

42. CMSR a formulat, pentru cabinetele dentare, observații valabile întocmai și pentru medicina de familie: costurile noi amenință sustenabilitatea cabinetelor mici, pacienții din comunitățile cu acces deja redus sunt primii afectați, iar extinderea acreditării la un număr atât de mare de furnizori, în condițiile în care ANMCS semnalează deja dificultăți de funcționare, riscă să producă blocaje fără un beneficiu clar.[26] Concluzia este aceeași pentru ambele profesii: ***sectorul are nevoie de debirocratizare, nu de un nou strat de obligații***.

---

[21]Agerpres, 16 aprilie 2026: https://agerpres.ro/sanatate/2026/04/16/vaslui-deficit-de-136-de-medici-de-familie-in-judet-sapte-comune-fara-asistenta-medicala-primara--1547114

[22]OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025, date preluate de Edupedu.ro, sursă citată anterior.

[23]Date CNAS la 31 decembrie 2025, Spotmedia: https://spotmedia.ro/stiri/social/peste-1-000-de-localitati-sunt-in-deficit-de-medici-de-familie-mortalitatea-infantila-in-rural-este-mult-mai-mare-decat-la-orase

[24]Comunicat CNAS, 30 iulie 2026, Agerpres: https://agerpres.ro/comunicate/2026/07/30/comunicat-de-presa---casa-nationala-de-asigurari-de-sanatate--1580870

[25]Ministerul Sănătății, PNRR, Investiția I1.1, lista dosarelor de finanțare aprobate: https://management-documente.ms.ro/media/documents/I.1.1.a.-LISTA-PRESELECTATA-DOSARE-DE-FINANTARE-APROBATE-PARTEA-I.-25.10.2022.pdf

[26]Poziția CMSR, Ziua de Vest, 18 noiembrie 2026, articol citat anterior.

VII. Propuneri

43. Propunem, în principal, eliminarea pct. 8 din proiect sau reformularea lui astfel încât să păstreze integral excepția actuală. Propunem următorul text pentru art. 7 alin. (5):

> *„(5) Acreditarea este o condiție obligatorie pentru unitățile sanitare care prestează sau nu servicii de sănătate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate,* ***cu excepția cabinetelor de medicină de familie****, a cabinetelor medicale dentare și a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică. Prezenta lege nu se aplică unităților farmaceutice, respectiv farmaciilor și oficinelor cu circuit deschis."*

44. Pentru a evita interpretări neunitare, precum cea din comunicatul CNAS din iunie 2020 (Anexa nr. 1), propunem:

a) completarea art. 2 lit. d), după definiția unităților din ambulatoriu, cu mențiunea „cu respectarea excepțiilor prevăzute la art. 7 alin. (5)";

b) limitarea obligației de afișare de la art. 20^1 la „unitățile sanitare obligate să se acrediteze";

c) menținerea, la art. 8 alin. (4), a ordinului comun al ministrului sănătății și al președintelui ANMCS, soluție adoptată în 2025.

45. AMFB își exprimă disponibilitatea de a colabora cu ANMCS, SNMF, CMR și CNAS pentru instrumente de calitate adaptate medicinei de familie:

a) un ghid voluntar și gratuit de bune practici și autoevaluare pentru cabinetele de medicină de familie, elaborat împreună cu societățile profesionale;

b) indicatori de calitate extrași automat din datele electronice deja raportate CNAS, privind vaccinarea, screeningul și monitorizarea bolilor cronice, fără raportări suplimentare;

c) integrarea cabinetelor în sistemul național de raportare a evenimentelor adverse, fără caracter acuzator, conform art. 5 alin. (2) lit. b) din lege;

d) acreditarea voluntară, pentru cabinetele care o doresc, cu stimulente în contractul cu casa de asigurări și fără sancțiuni pentru cele care nu o aleg.

46. Considerăm în continuare că extinderea acreditării obligatorii nu este justificată. Dacă soluția ar fi totuși menținută, sunt indispensabile cel puțin următoarele garanții:

a) adoptarea prin lege, nu prin ordonanță, după un studiu de impact și o evaluare a proporționalității conforme cu Legea nr. 245/2020;

b) un program-pilot, evaluat public, înaintea oricărei generalizări;

c) standarde specifice cabinetului de medicină de familie, adoptate prin consens cu SNMF și CMR (art. 2 lit. d^4) din lege) și publicate cu cel puțin doi ani înainte de aplicare;

d) gratuitatea acreditării pentru cabinetele de medicină de familie sau suportarea taxei din fonduri publice;

e) o perioadă de tranziție de cel puțin cinci ani, în care contractul cu casa de asigurări să nu poată fi condiționat de acreditare;

f) excluderea cabinetelor de medicină de familie de la ierarhizarea și afișarea publică a categoriilor.

VIII. Concluzii și solicitări

Eliminarea exceptării nu este motivată, nu este însoțită de evaluarea impactului și nu trece testul de proporționalitate. Ea ar repeta o soluție pe care Parlamentul a corectat-o deja în 2018. Pentru motivele arătate, AMFB solicită:

1. Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate, în calitate de inițiator:

a) în principal, ***să elimine pct. 8 din proiect și să mențină art. 7 alin. (5) în forma în vigoare*** (pct. 43);

b) să adopte clarificările de la pct. 44;

c) ***să organizeze o întâlnire de dezbatere publică a proiectului***, cu participarea SNMF, CMR, CMSR, a asociațiilor și patronatelor medicilor de familie; prezentul memoriu constituie cererea scrisă a unei asociații legal constituite, în sensul art. 7 alin. (9) din Legea nr. 52/2003, iar dezbaterea trebuie să aibă loc în cel mult 10 zile calendaristice de la publicarea datei și locului (art. 7 alin. (12));

d) să publice observațiile primite și să justifice în scris eventuala lor nepreluare, potrivit Anunțului din 16.11.2026;

e) să se asigure că evaluarea proporționalității cerută de art. 5 și art. 12 din Legea nr. 245/2020 este întocmită și publicată înainte de transmiterea proiectului către Guvern;

f) în subsidiar, dacă soluția ar fi totuși menținută, să prevadă în proiect garanțiile arătate la pct. 46.

2. Ministerului Sănătății, în calitate de avizator: ***să nu avizeze proiectul în forma actuală***, să condiționeze avizul de menținerea exceptării, să efectueze, ca autoritate competentă pentru profesia de medic, evaluarea proporționalității prevăzută de Legea nr. 245/2020 și să susțină păstrarea avizului conform și a ordinului comun privind categoriile și taxele de acreditare.

3. Comisiilor pentru sănătate ale Senatului și Camerei Deputaților: să ia act că proiectul revine asupra unei soluții adoptate de Parlament prin Legea nr. 329/2018, ***să se opună includerii acestei măsuri într-o ordonanță*** emisă în temeiul unei legi de abilitare și să respingă orice amendament cu același efect, inclusiv la dezbaterea legii de aprobare a ordonanței.

AMFB rămâne disponibilă pentru consultări și pentru elaborarea, împreună cu ANMCS și CNAS, a instrumentelor de calitate propuse la pct. 45.

Cu deosebită considerație,

Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov
Președinte, Dr. Cosmina BERBECEL

București, 19.11.2026

Anexa nr. 1. Cronologia demersurilor privind exceptarea cabinetelor de medicină de familie (2017-2026)

Data	Act sau demers	Conținut
26.07.2017	Legea nr. 185/2017 (M. Of. nr. 599)	Acreditare obligatorie pentru toate unitățile sanitare, inclusiv cabinetele
01.10.2017	Solicitarea ANMCS transmisă prin casele de asigurări	Unitățile din ambulatoriu sunt chemate să se înscrie în procedura de acreditare
2017-2018	Analiza „Aspecte importante, acreditarea cabinetelor de medicina de familie”	Standarde preluate din grila de evaluare a spitalelor (154 de cerințe), lipsă de transparență privind taxele
05.02.2018	Memoriul Comisiei de Medicina Familiei a CM Timiș nr. 30, către CMR	Exceptarea cabinetelor, studiu de impact, plafonarea taxelor
01.03.2018	Memoriul STMF: MS nr. 11626, Camera Deputaților nr. 925, Senat nr. 408	Sesizarea Ministerului Sănătății și a Parlamentului
08.03.2018	Memoriul comun: 22 de asociații MF, CM Vaslui, CM Brăila, 5 patronate MF, 7 colegii ale medicilor dentiști	Exceptarea medicinei de familie, a medicinei dentare și a ambulatoriului de specialitate
oct. 2018	Senatul adoptă propunerea legislativă	Exceptarea cabinetelor de la acreditare
21.11.2018	Camera Deputaților, PL-x nr. 510/2018, 269 de voturi pentru	Adoptare în camera decizională
dec. 2018	Legea nr. 329/2018 și OUG nr. 109/2018	Excepția intră în lege; măsuri tranzitorii pentru a evita încetarea contractelor la 31.12.2018
27.01.2020	SNMF, adresa nr. 14, către Ministerul Sănătății	Respectarea fără echivoc a excepției în proiectul de modificare a Legii nr. 95/2006
04.02.2020	Nota de fundamentare a OUG nr. 25/2020	Guvernul confirmă expres excepția
03.06.2020	SNMF, adresă către CNAS	Dovada acreditării nu se cere cabinetelor exceptate
31.01.2025	OG nr. 2/2025	Taxele se aprobă prin ordin comun MS și ANMCS; CMSR intră în Colegiul director
16.11.2026	Proiectul de ordonanță publicat de ANMCS (termen 26.11.2026, ora 14:00)	Eliminarea excepției (pct. 8)
18.11.2026	CMSR, adresa nr. 3409	Menținerea exceptării pentru cabinetele dentare

Anexa nr. 2. Regimul actual și regimul propus, pentru un cabinet de medicină de familie

Aspect	Regimul actual	Regimul propus
Acreditarea ANMCS	Exceptat (art. 7 alin. (5))	Obligatorie, fără tranziție
Controlul calității	Aviz CMR, autorizație DSP, evaluare CAS, controale CNAS, EMC, asigurare de malpraxis	Toate cele existente, la care se adaugă acreditarea, reevaluarea și monitorizarea ANMCS
Taxe	Taxele de autorizare și evaluare existente	În plus, taxele de acreditare, reevaluare și reacreditare, stabilite de Colegiul director al ANMCS
Controlul ministerial asupra taxelor	Ordin comun MS și ANMCS	Eliminat
Categoriile de acreditare	Aviz conform al MS	Fără aviz al MS
Afișare publică	Nu	Categoria sau mențiunea „în proces de acreditare”
Legătura cu contractul CAS	Nu	Condiție de contractare, cu risc de blocaj

Anexa nr. 3. Documente anexate

1. Memoriul Comisiei de Medicina Familiei a CM Timiș nr. 30 din 05.02.2018.
2. Memoriul STMF, înregistrat la Ministerul Sănătății (nr. 11626/01.03.2018), la Camera Deputaților (nr. 925/01.03.2018) și la Senat (nr. 408/01.03.2018).
3. Memoriul comun din 08.03.2018 (22 de asociații profesionale ale medicilor de familie, 2 colegii ale medicilor, 5 patronate ale medicilor de familie, 7 colegii ale medicilor dentiști).
4. Analiza „Aspecte importante, acreditarea cabinetelor de medicina de familie și a furnizorilor de servicii medicale”.
5. Adresa SNMF nr. 14 din 27.01.2020.
6. Anunțul ANMCS din 16.11.2026, proiectul de ordonanță și nota de fundamentare.