



Transparența banilor din sistemul medical românesc (Ediția a II-a, 2026)

Autori:

Conf.Univ.Dr. Sorin Anagnoste

Prof.Univ.Dr. Nicolae Istudor

Prof.Univ.Dr. Tănase Stamule

Drd. Ruxandra Stanomir

Sef Lucrări Dr. Dragoș Nicolae Garofil – expert sănătate

Radu-Bogdan Comșa - expert sănătate

București

Sumar Executiv

Raportul consolidează, pentru anul 2025, toate sursele de finanțare a sănătății din România, respectiv: Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), bugetul de stat, bugetele locale, schemele voluntare și plățile directe ale populației. Concluzia de ansamblu este aceea că sistemul a intrat într-o etapă de consolidare a finanțării colective, cu cea mai importantă schimbare structurală din ultimii ani (contribuțiile de sănătate finanțează în premieră peste jumătate din sistem), dar rămâne subfinanțat față de standardele europene, dependent de plățile directe ale pacienților și orientat predominant către tratarea bolii, nu către prevenție.

- Cheltuielile curente totale cu sănătatea au ajuns în 2025 la **127,98 miliarde lei** (circa 25,2 miliarde euro), în creștere cu **29%** față de 2023 (99,2 miliarde lei)¹. Ele reprezintă **6,68% din PIB** și **1.319 euro/locuitor**, fiind în premieră peste pragul de 1.300 euro, dar în continuare printre cele mai mici valori din UE, unde media cheltuielilor cu sănătatea este de 10% din PIB, iar cheltuiala pe locuitor (la paritatea puterii de cumpărare) este dublă.
- Finanțarea publică însumează **92,1 miliarde lei (71,98%)**, iar cea privată **35,9 miliarde lei (28,02%)**. Aproape trei din zece lei cheltuiți pentru sănătate vin din surse private, fiind astfel peste media UE, unde finanțarea publică acoperă 80% din total.
- Modificările legislative din 2023-2025, culminând cu **Legea nr. 141/2025**, reprezintă un progres real. Și anume, eliminarea facilităților pentru construcții și agricultură, reținerea la sursă a contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate (CASS) pentru beneficiari de prestații sociale și contribuția pensionarilor au extins baza de contribuție. Ponderea contribuitorilor a depășit pentru prima dată jumătate din populație, adică **9,66 milioane persoane (50,75%)**, față de doar 30,4% în 2022, iar **2,86 milioane** de persoane anterior exceptate au fost integrate prin reținere la sursă. În numai cinci luni de aplicare, legea a generat venituri suplimentare de peste **2,16 miliarde lei**, din care 1,84 miliarde de la pensionari.
- Efect pozitiv direct: **dependența FNUASS de bugetul de stat s-a redus**. Subvențiile au scăzut de la 8,94 miliarde lei în 2023 la **6,40 miliarde lei în 2025 (-28,4%)**, iar proiectul de buget pentru 2026 prevede subvenții de echilibrare **zero**. Echilibrarea trebuie însă citită

¹ Anul 2023 este anul de referință al primei ediții a raportului Transparența banilor din sistemul medical românesc (ASE, 2024, www.applied-research.ase.ro/wp-content/uploads/2025/03/Transparenta-banilor-din-sistemul-medical-romanesc.pdf).

cu prudență pentru că ea se sprijină parțial pe înghețarea unor categorii de cheltuieli, nu exclusiv pe venituri structurale noi.

- **Plafonul de 3.000 lei** pentru contribuția pensionarilor rămâne principala resursă nevalorificată deoarece menține circa **3 milioane de pensionari** în afara bazei de contribuție și lasă neîncasate aproximativ **13 miliarde lei anual**. El generează și o inechitate evidentă, și anume, la un venit brut egal cu salariul minim (4.050 lei), un salariat plătește CASS de peste 3 ori mai mult decât un pensionar (circa 375 lei față de 105 lei lunar).
- Sistemul păstrează **23 de categorii exceptate** de la plata CASS, reprezentând **6,46 milioane de asigurați exceptați** (33,9% din populație), de la copii și studenți (4,38 milioane) până la pensionarii sub 3.000 lei (1,72 milioane). Raportul recomandă ca protecția categoriilor vulnerabile să fie finanțată explicit prin transferuri de la bugetul de stat, nu prin exceptări care erodează veniturile fondului.
- Un efect secundar al reformei este acela că **numărul neasiguraților a crescut la 2,92 milioane (15,3% din populație)**, cu 511 mii mai mult decât în 2024, după ce coasigurații, personalul monahal și o parte din pacienții programelor naționale au pierdut automat calitatea de asigurat. Peste 95% dintre neasigurați au sub 60 de ani, iar fenomenul privește populația activă (muncă fără forme legale, optimizări fiscale), nu categoriile vulnerabile, care rămân protejate prin exceptare.
- Asigurarea voluntară în sistemul de asigurări sociale de sănătate (2.430 lei/an) a avut o adeziune modestă. Doar **4,6% dintre foștii coasigurați** (30.110 din circa 654 mii) au optat pentru plată, iar în total 327.351 persoane plătesc voluntar CASS (+120 mii față de 2024). Concluzia raportului este însă că **mecanismul în sine este corect**, accesibil, fără plăți retroactive, și ar trebui **extins către toate persoanele neasigurate**, mergând spre asigurarea obligatorie universală după modelul Germaniei, Franței sau Olandei, inclusiv printr-un CASS minimal obligatoriu pentru persoanele fără venituri declarate.
- Bugetul FNUASS a crescut accelerat. Astfel, veniturile au ajuns la **77,9 miliarde lei în 2025** (+14,4% față de 2024, după +22,5% în 2024), fiind aproape dublul nivelului din 2019. Structura rămâne însă dezechilibrată deoarece contribuțiile salariaților generează circa 60 miliarde lei, adică **92,3% din veniturile din CASS**, iar taxa clawback plătită de industria farmaceutică a urcat la **6,0 miliarde lei** (+16,7%).
- Cheltuielile FNUASS au atins **77,87 miliarde lei** (+12% față de 2024). Cea mai rapidă creștere o au **medicamentele și materialele sanitare reprezentând 27,1 miliarde lei**,

+24% într-un singur an (34,8% din fond). Spitalele rămân principala destinație (**34,7 miliarde lei; 44,6%**), dar cresc cel mai lent (+8,7%), în timp ce ambulatoriul (14,6 miliarde lei; +11,3%) câștigă teren. Se vede clar o inversare incipientă, pozitivă, a piramidei serviciilor, dinspre spital spre ambulatoriu.

- **Programele naționale curative** au crescut cu **50,8% în doi ani** (de la 12,47 la 18,80 miliarde lei, reprezentând 24,1% din cheltuielile FNUASS). Oncologia concentrează cea mai mare parte a creșterii: 7,08 miliarde lei (+51%), la care se adaugă 3,83 miliarde lei pentru medicamentele din contracte cost-volum (+108%), marea majoritate a acestora fiind tot în aria terapeutică oncologie.
- **Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului** a intrat în faza de expansiune operațională. Serviciile suplimentare finanțate prin plan au crescut de peste **4 ori într-un singur an** (de la 400 milioane la **1,67 miliarde lei** în 2025). Împreună cu programul de oncologie și contractele cost-volum, traseul pacientului oncologic a beneficiat în 2025 de **12,08 miliarde lei**, reprezentând astfel un model integrat prevenție–diagnostic–tratament care începe să funcționeze.
- **Cea mai gravă disfuncție identificată o reprezintă în continuare influențele salariale.** Transferurile din FNUASS către spitalele publice pentru acoperirea creșterilor salariale (diferența față de nivelul din 2016) au explodat la **16,9 miliarde lei în 2025**, sumă comparabilă cu întregul buget al serviciilor spitalicești decontate. Mecanismul este **profund defect, deoarece FNUASS ajunge să finanțeze salarii, nu servicii medicale. Orice angajare, promovare sau creștere de vechime în spitalele publice se transformă automat în presiune suplimentară asupra fondului**, fără nicio legătură cu volumul sau calitatea serviciilor. În multe spitale publice, influențele depășesc 50% din veniturile de la CNAS și distorsionează competiția cu furnizorii privați, care nu beneficiază de acest mecanism.
- Concluzia fermă a raportului este aceea că **mecanismul influențelor salariale trebuie eliminat** și înlocuit prin recalcularea tarifelor decontate (ex: DRG, cronici, spitalizare de zi) astfel încât acestea să includă costul real al serviciilor, inclusiv componenta salarială, cu o tranziție de 3-4 ani, conform metodologiei fundamentate în raportul *„Analiza performanței economice și operaționale în sistemul de sănătate”* (2025).
- **Plățile internaționale** au atins un vârf de 1,24 miliarde lei în 2024 (+242% față de anul anterior), revenind la 813 milioane lei în 2025. Structura lor infirmă percepția publică: **91% din sume** provin din servicii neplanificate pe cardul european (60%) și din serviciile pentru

românii care locuiesc în alte state UE (31%), în timp ce tratamentele planificate prin formularele E112/S2 reprezintă doar 8,8% din sume și sub 1% din formulare. Creșterea este determinată de mobilitatea populației, nu de trimiterile organizate la tratament în străinătate.

- **Bugetul FNUASS este construit sistematic sub necesarul real.** Execuția a depășit recurent programul inițial la subvențiile de echilibrare, la medicamente (136% în 2023) și la spitale (119% în 2023), corecțiile făcându-se din mers, prin rectificări, semn al unei planificări bugetare deficitare, chiar dacă deviațiile s-au atenuat în 2024-2025.
- Furnizorii privați încasează deja **48,5% din cheltuielile FNUASS** (față de 46,0% în 2023): domină ambulatoriul (80-97% din paraclinic, stomatologie, dializă), dar rămân marginali în spitalizarea continuă (6,1% din finanțare). Sectorul privat se concentrează în județele dezvoltate (Constanța 19,7%, Brașov 14,0%) și lipsește complet din patru județe. În aceste județe cu populație și cerere solvabilă reduse, investițiile private (mai ales spitalizarea continuă) nu ating întotdeauna pragul de rentabilitate. Pacienții se orientează adesea către județele învecinate sau centre medicale mari (București, Iași, Constanța), reducând și mai mult cererea locală. Astfel, lipsa ofertei generează migrația pacienților, iar migrația descurajează apariția unor furnizori.
- Bugetul **Ministerului Sănătății** a crescut de la 21,5 la **26,5 miliarde lei** (+23% față de anul 2023), iar cheltuielile curente cu sănătatea, după consolidarea cu FNUASS, de la 10,46 la **12,45 miliarde lei** (+19%), **reprezentând 9,73% din finanțarea totală a sistemului.** Creșterile s-au dus aproape integral către funcționarea sistemului, astfel: medici rezidenți și cabinete specializate (3,74 miliarde lei; +28%), serviciile de ambulanță (2,34 miliarde lei; +19%), unitățile de primiri urgențe (2,22 miliarde lei; +21%), medicina școlară (744 milioane lei; +50,5%) și asistența medicală comunitară (+26,8%).
- Finanțarea **Acțiunilor Prioritare** pentru pacienții critici a crescut cu **34,4%** (de la 399, în anul 2023, la 536 milioane lei), cu extinderea la 12 acțiuni și 463 de spitale beneficiare. În schimb, programele naționale de **sănătate publică au stagnat** (1,125 → 1,110 miliarde lei): creșterea bugetului MS nu a mers către prevenție.
- **Construcția și prezentarea bugetului MS rămân în continuare netransparente.** Există indicatori vagi („Acțiuni de sănătate”, „Programe de sănătate”) care împart aceleași cheltuieli în 2-4 alineate bugetare, cheltuielile de personal de 2,65 miliarde lei nu pot fi defalcate pe instituțiile subordonate, iar bugetul pe fiecare *Acțiune Prioritară* nu mai este

public pentru 2025. Reconstituirea cheltuielilor reale a necesitat o muncă laborioasă de consolidare din surse multiple.

- **Autoritățile locale** contribuie cu doar **636 milioane lei (0,50%)** la cheltuielile curente cu sănătatea, practic neschimbat față de 2023 (638 milioane), iar sumele proprii direcționate către spitale chiar au scăzut (de la 442 la 419 milioane lei). Creșterea nominală a capitolului Sănătate din bugetele locale provine aproape exclusiv din transferuri de la bugetul de stat, nu din efort local propriu.
- Această **implicare insuficientă** este una dintre vulnerabilitățile structurale ale sistemului. În toate sistemele sanitare moderne, autoritățile locale susțin funcționarea curentă a spitalelor pe care le administrează. Nota pozitivă vine din investiții, acolo unde au fost alocate **2,46 miliarde lei** din venituri proprii și fonduri europene în 2025 (+26% față de 2024), susținute de dublarea plăților din PNRR derulate prin bugetele locale.
- **Piața beneficiilor medicale voluntare** (abonamente plus asigurări private) a atins **510 milioane euro** în 2025 (+13,9%), cu 3,08 milioane de pachete active, dar reprezintă doar **1,6% din cheltuielile totale cu sănătatea**, mult sub nivelul sistemelor europene mature.
- **Abonamentele domină net piața** având 2,21 milioane de abonamente active (71,7% din beneficiari; 283 milioane euro, +16%) față de circa 870 mii de persoane cu asigurări private (227 milioane euro). Asigurările au depășit totuși în premieră pragul de 1 miliard de lei prime subscrise (1,13 miliarde la societățile ASF), însă indemnizațiile plătite (~659 milioane lei) acoperă sub 0,6% din cheltuielile curente cu sănătatea.
- Raportul susține **dezvoltarea asigurărilor private de sănătate și a abonamentelor de sănătate** ca prioritate de politică publică. Acoperirea depinde covârșitor de contractele colective oferite de angajatorii privați, lăsând pensionarii, salariații din sectorul public, lucrătorii independenți și angajații IMM-urilor în afara oricărei preplăți voluntare. Produse de retail accesibile, stimulente fiscale și digitalizarea distribuției sunt condițiile extinderii.
- **Plățile directe din buzunarul pacienților (out-of-pocket)** au fost estimate, printr-o metodologie substanțial îmbunătățită (RO e-Factura, situațiile financiare ale furnizorilor, datele celor 42 de case de asigurări), la **33,64 miliarde lei în 2025**, reprezentând a doua sursă de finanțare a sistemului, cu **26,28%** din total.
- Față de 2023 (29,66 miliarde lei), plățile directe au crescut cu **13,4% în valoare absolută**, dar **ponderea lor a scăzut de la 29,9% la 26,3%**, pentru că finanțarea publică a crescut mai repede. Este un semnal favorabil, deoarece ritmul de transfer al costurilor către

populație începe să încetinească, în special datorită creșterii finanțării publice a medicamentelor.

- Raportate la schemele voluntare, plățile directe rămân disproporționate. Sunt de **16 ori mai mari** decât abonamentele și asigurările cumulate și reprezintă **93,8% din toată finanțarea privată**. Practic, românii plătesc sănătatea privată aproape exclusiv „*din buzunar*”, fără protecția vreunui mecanism de preplată.
- Nivelul rămâne **foarte ridicat față de standardele europene**. Media UE a plăților directe este de circa 16% din cheltuielile cu sănătatea, față de peste 26% în România. Jumătate din plățile directe (16,75 miliarde lei) merg pe medicamente și produse farmaceutice, iar 12,6 miliarde pe servicii în ambulatoriu, inclusiv stomatologie, adică spre zonele în care decontarea publică acoperă cel mai puțin.
- Estimarea OOP a fost și cel mai dificil demers metodologic al raportului. Datele financiare ale 10.000 de furnizori contractați de casele de asigurări, majoritatea cabinete individuale, nu au fost disponibile, iar, la farmacii, separarea activității între medicamente și alte produse a fost realizată cu utilizarea unor ipoteze conservatoare. **Indicatori fundamentali de politică publică nu ar trebui reconstituiți manual din surse fragmentate, ci generați automat din sistemele administrative ale statului.**
- Structura consolidată a surselor de finanțare a cheltuielilor curente cu sănătatea în România în 2025 arată astfel: **FNUASS 60,85%** (din care CASS 51,15%, subvenții 5,0%, clawback 4,69%), **plăți directe 26,28%**, bugetul MS 9,73%, alte ministere cu rețea sanitară 0,91% (+42% față de 2023), abonamente 1,12%, autorități locale 0,50%, asigurări private – indemnizații brute plătite - 0,49%, ONG-uri 0,12%.
- **CASS a devenit sursa dominantă a sistemului: 51,15% din total**, față de 42,5% în 2023 și reprezintă cea mai importantă modificare structurală identificată de raport, obținută **fără majorarea cotei de 10%**, doar prin lărgirea bazei și creșterea salariilor. Rezultatul contrazice percepția publică potrivit căreia contribuțiile ar depăși necesarul sistemului. În realitate, ele acoperă doar jumătate din cheltuielile cu sănătatea.
- Urmărind **beneficiarul final al banilor**, furnizorii privați (cabinete, farmacii, clinici, laboratoare, spitale private) au încasat **73,6 miliarde lei (adică 57,5% din cheltuiala totală)** inclusiv 48,5% din decontările FNUASS, față de 54,4 miliarde lei pentru furnizorii publici. Sistemul de sănătate românesc este de facto un sistem mixt, în care banul public și cel privat se întrepătrund la nivelul furnizorilor.

- Pe categorii de servicii, **70% din toate resursele merg către spitale (45,8 miliarde lei; 36%) și medicamente (44,2 miliarde lei; 34%)**, în timp ce ambulatoriul primește doar un sfert (32,2 miliarde lei). Sistemul rămâne orientat către tratarea bolii deja instalate; consolidarea ambulatoriului, a asistenței comunitare și a prevenției rămâne principala direcție de eficientizare.

Cuprins:

A.	Harta finanțării sistemului de sănătate în 2025 – Total Health Expenditure.....	15
B.	Analiza cheltuielilor curente totale cu sănătatea.....	19
1.	FNUASS	19
2.	Ministerul Sănătății (MS).....	119
3.	Ministerele cu rețea sanitară proprie	133
4.	Autoritățile locale	136
5.	Abonamentele de sănătate	143
6.	Asigurările private de sănătate	147
7.	Plăți directe (<i>out-of-pocket</i>)	155
8.	Alte scheme de finanțare.....	170
9.	Cheltuieli totale cu sănătatea	174
C.	Analiză sintetică comparată între România și alte țări din UE pe nivelul de finanțare al sănătății	186
D.	Analiza programelor europene și a altor surse de finanțare internaționale dedicate sănătății – PNRR, POS, etc.	200
	Concluzii și Recomandări	218
	Bibliografie	225

Lista abrevierilor:

- ADR – Agenție pentru Dezvoltare Regională
- AMI - Acute Myocardial Infarction; infarct miocardic acut
- ANDIS - Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate
- ANMDM - Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale
- ANOFM - Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
- ANPIS - Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
- ANT- Agenția Națională de Transplant
- AP - Acțiuni Prioritare
- AP-ARSURI - Acțiunea Prioritară pentru arși
- AP-ATI - Acțiunea Prioritară pentru anestezie și terapie intensivă
- AP-AVC - Acțiunea Prioritară pentru accident vascular cerebral
- AP-AVC-REAB - Acțiunea Prioritară pentru recuperarea pacienților cu accident vascular cerebral
- AP-ECMO - Acțiunea Prioritară ECMO
- AP-ENDO - Acțiunea Prioritară pentru intervenții de gastroenterologie/endoscopie
- AP-EVA - Acțiunea Prioritară pentru intervenții endovasculare
- AP-IE/RE - Acțiunea Prioritară pentru infecții emergente și reemergente
- AP-IMA - Acțiunea Prioritară pentru infarct miocardic acut
- AP-PMSC - Acțiunea Prioritară pentru profilaxia morții subite cardiace
- AP-TRAUMA - Acțiunea Prioritară pentru traumă
- AP-USTACC - Acțiunea Prioritară pentru unitățile de supraveghere și tratament avansat al pacienților cardiaci critici
- APL - autoritate/administrație publică locală
- ASE - Academia de Studii Economice din București
- ASF - Autoritatea de Supraveghere Financiară
- ASSMB - Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București
- ATI - anestezie și terapie intensivă
- AVC - accident vascular cerebral
- AVS - asigurări voluntare de sănătate
- BAT - buget aprobat trimestrial
- BEI / EIB - Banca Europeană de Investiții / European Investment Bank

- BM - Banca Mondială
- BOR - Biserica Ortodoxă Română
- BPOC - boală pulmonară obstructivă cronică
- CA - cifră de afaceri
- CAEN - Clasificarea activităților din economia națională
- CAM - contribuția asiguratorie pentru muncă
- CAR-T - Chimeric Antigen Receptor T-cell; terapie cu celule T modificate cu receptor antigenic chimeric
- CAS - contribuții de asigurări sociale, în pasajele despre pensii; casă/case de asigurări de sănătate, în pasajele despre contractarea furnizorilor
- CASA OPSNAJ - Casa Asigurărilor de Sănătate a structurilor de apărare, ordine publică și siguranță națională
- CASS - contribuția/contribuțiile de asigurări sociale de sănătate
- CEASS - card european de asigurări sociale de sănătate
- CFM - Cadrul financiar multianual
- CGMB - Consiliul General al Municipiului București
- CHE - Current Health Expenditure; cheltuială/cheltuieli curente cu sănătatea
- CMI - cabinet medical individual
- CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate
- COVID-19 - Coronavirus Disease 2019; boala determinată de coronavirusul SARS-CoV-2
- CPU - compartiment de primiri urgente
- CV - contract cost–volum
- CV-R - contract cost–volum–rezultat
- DRG - Diagnosis-Related Groups; grupe de diagnostice
- DSP - direcție de sănătate publică
- ECE - Europa Centrală și de Est
- ECOFIN - Consiliul Afaceri Economice și Financiare al UE / Economic and Financial Affairs Council
- ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation;
- EHDS - European Health Data Space; Spațiul european al datelor privind sănătatea

- EU5 - grupul de referință format în studiu din Cehia, Ungaria, Polonia, Slovacia și Slovenia
- EUR - euro;
- FEDR - Fondul european de dezvoltare regională
- FISH - Fluorescence In Situ Hybridization; hibridizare fluorescentă in situ
- FNUASS - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate
- FSE / FSE+- Fondul social european / Fondul social european Plus
- HaDEA - European Health and Digital Executive Agency; Agenția Executivă Europeană pentru Sănătate și Digital
- HbA1c - hemoglobină glicată A1c
- HC - Health Care Functions; funcții ale asistenței medicale în clasificarea SHA
- HDR - High-Dose-Rate; rată/doză înaltă în brahiterapie
- HF - Health Care Financing Schemes; scheme de finanțare a sănătății în clasificarea SHA
- HIV - Human Immunodeficiency Virus; virusul imunodeficienței umane
- HP - Health Care Providers; furnizori de servicii de sănătate în clasificarea SHA
- HPV - Human Papillomavirus; virusul papiloma uman
- HTA - Health Technology Assessment; evaluarea tehnologiilor medicale
- IBRD - International Bank for Reconstruction and Development; Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare
- ICHA–SHA - International Classification for Health Accounts / System of Health Accounts; Clasificarea internațională a conturilor de sănătate / Sistemul conturilor de sănătate
- IMA - infarct miocardic acut
- IMM - întreprindere mică și mijlocie
- INS / INSSE - Institutul Național de Statistică
- INHT - Institutul Național de Hematologie Transfuzională
- INMS - Institutul Național de Medicină Sportivă
- INMSS - Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate
- INSP - Institutul Național de Sănătate Publică
- ISR - Implementation Status and Results Report; raport privind stadiul implementării și rezultatele, Banca Mondială

- LDR - Low-Dose-Rate; rată/doză joasă în brahiterapie
- LSM - laborator/laboratoare de sănătate mintală; extindere rezultată din context, termenul nefiind dezvoltat în studiu
- MAI - Ministerul Afacerilor Interne
- MapN - Ministerul Apărării Naționale
- MF - Ministerul Finanțelor
- MIPE - Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
- MJ - Ministerul Justiției
- MS - Ministerul Sănătății
- MT - Ministerul Transporturilor
- MTI - Ministerul Transporturilor și Infrastructurii
- NAAT/RT-PCR - Nucleic Acid Amplification Test / Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction; test de amplificare a acizilor nucleici / reacție de polimerizare în lanț cu revers-transcriere
- NPISH- Non-Profit Institutions Serving Households; instituții fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor populației
- OCSSS - Oficiul Central de Stocare pentru Situații Speciale
- OCDE / OECD - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică / Organisation for Economic Co-operation and Development
- OG - ordonanță a Guvernului
- OMS- ordin al ministrului sănătății
- ONDS - Observatorul Național pentru Date în Sănătate
- ONG - organizație neguvernamentală
- ONRC - Oficiul Național al Registrului Comerțului
- OOP - Out-of-Pocket; plăți directe din buzunarul pacientului/gospodăriilor
- ORL - otorinolaringologie
- OUG - ordonanță de urgență a Guvernului
- PALMED - Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private din România
- PBS - prime brute subscrise
- PCR - Polymerase Chain Reaction; reacție de polimerizare în lanț
- PET-CT - Positron Emission Tomography–Computed Tomography; tomografie cu emisie de pozitroni combinată cu tomografie computerizată

- PFA / P.F.A. - persoană fizică autorizată
- PFI - persoană fizică independentă
- PforR - Program-for-Results; finanțare pentru programe pe bază de rezultate, Banca Mondială
- PIB - produs intern brut
- PNPPC - Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului
- PNRR - Planul Național de Redresare și Reziliență
- PNS - programe naționale de sănătate; în principal, programele naționale de sănătate curative
- POS - Programul Operațional Sănătate
- PPC - paritatea puterii de cumpărare
- PPS - Purchasing Power Standard; standardul puterii de cumpărare
- RMN - rezonanță magnetică nucleară
- RON - leu românesc; cod valutar ISO
- S.A. - societate pe acțiuni
- SAJ - serviciu/servicii de ambulanță județene
- SAN - Cercetarea statistică privind activitatea rețelei sanitare, INS
- SCS / SHA - Sistemul conturilor de sănătate / System of Health Accounts
- SED - Structured Electronic Document; document electronic structurat
- SEE - Spațiul Economic European
- SIDA - sindromul imunodeficienței dobândite
- SMURD - Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare
- SRI - Serviciul Român de Informații
- SUA - Statele Unite ale Americii
- SZ - spitalizare de zi
- TBC - tuberculoză
- TESA - personal tehnic, economic și socio-administrativ
- TVA - taxa pe valoarea adăugată
- UAT - unitate administrativ-teritorială
- UE / EU - Uniunea Europeană / European Union
- UMPBM - Unitatea de Management al Proiectului Băncii Mondiale
- UNSAR - Uniunea Națională a Societăților de Asigurare și Reasigurare din România

- UPU - unitate de primiri urgențe
- USD - dolar american; cod valutar ISO
- VHI - Voluntary Health Insurance; asigurări voluntare/private de sănătate

Coduri SHA/HF utilizate:

Cod	Semnificație
HF.1.1.1	scheme guvernamentale centrale
HF.1.1.2	scheme ale autorităților regionale/locale
HF.1.2.1	scheme de asigurări sociale de sănătate; în studiu, FNUASS
HF.2.1	scheme voluntare de asigurare de sănătate
HF.2.2	scheme de finanțare ale instituțiilor fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor — NPISH
HF.2.3.2	alte scheme private de plată în avans (prepayment), altele decât asigurările voluntare; în studiu, abonamentele
HF.3	plăți directe ale gospodăriilor — OOP

Lista figurilor

Figura 1. Structura populației pe categorii de asigurați în România, 2014.....	22
Figura 2. Structura populației pe categorii de asigurați în Germania	23
Figura 3. Structura populației pe categorii de asigurați în România, 2022.....	25
Figura 4. Structura populației pe categorii de asigurați în România, decembrie 2025...31	
Figura 5. Evoluția CASS lunară calculată la salariul mediu pe economie (RON).....	39
Figura 6. Evoluția veniturilor FNUASS din CASS (2016–2025)	42
Figura 7. Evoluția veniturilor FNUASS din taxele clawback	49
Figura 8. Gradul de execuție al veniturilor din taxa clawback, 2019-2025	51
Figura 9. Evoluția veniturilor FNUASS din subvenții de la bugetul de stat.....	52
Figura 10. Gradul de execuție al veniturilor din subvenții pentru echilibrare, 2019-2025	56
Figura 11. Evoluția veniturilor FNUASS.....	58
Figura 12. Evoluția cheltuielilor FNUASS cu medicamentele (2019–2025).....	66
Figura 13. Evoluția cheltuielilor efective ale FNUASS cu medicamentele (2019–2025)..	68
Figura 14. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu medicamentele compensate în perioada 2019-2025	69
Figura 15. Repartizarea cheltuielilor PNS pe componente majore (2025)	78
Figura 16. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu asistența medicală primară..	87
Figura 17. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate.....	91

Figura 18. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul paraclinic de specialitate.....	95
Figura 19. Decontarea serviciilor medicale spitalicești – furnizori publici vs privați (2025)	105
Figura 20. Finanțarea spitalelor publice – servicii vs influențe salariale (2023-2025)...	107
Figura 21. Finanțarea spitalelor publice vs private – servicii vs total (inclusiv influențe salariale) (2025)	109
Figura 22. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu serviciile spitalicești, 2019-2025	115
Figura 23. Evoluția deconturilor CNAS pentru prestații medicale în străinătate (milioane RON).....	116
Figura 24. Evoluția cheltuielilor curente cu sănătatea ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, 2023-2025, în milioane lei	135
Figura 25. Investițiile în sănătate ale UAT-urilor din venituri proprii și alte surse, 2023-2025, în milioane lei.....	142
Figura 26 – Structura cheltuielilor private estimate pentru anul 2025 (% din total)....	167
Figura 27. Ponderea principalelor scheme de finanțare în cheltuiala totală cu sănătatea în 2025.....	177
Figura 28. Ponderea cheltuielilor publice vs private în totalul cheltuielilor cu sănătatea	178
Figura 29. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale	181
Figura 30. Cheltuielile curente cu asistența medicală pe locuitor, 2014-2023	186
Figura 31. Cheltuieli curente cu sănătatea ca % din PIB (2023-2024).....	187

Figura 32. Evoluția cheltuielilor totale pentru sănătate, procent din PIB în România și în țările ECE.....	189
Figura 33. Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB în România comparativ cu Media UE și țările ECE, 2013-2022.....	189
Figura 34. Cheltuieli cu sănătatea pe cap de locuitor (Paritatea Puterii de Cumpărare — EUR PPC, 2023)	191
Figura 35. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor din România fata de tarile UE in 2022.....	192
Figura 36. Structura finanțării sănătății — Public vs. Plăți Directe (2023)	193
Figura 37. Ponderea principalelor scheme de finanțare în cheltuiala totală cu sănătatea în 2023 — calcule proprii ale studiului.....	194
Figura 38. Destinația plăților Out-of-Pocket în România (2023).....	195
Figura 39. Distribuția cheltuielilor pe funcții ale asistenței medicale (România, 2023) 197	
Figura 40. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor în România comparativ cu alte țări ECE în funcție de schema de finanțare la nivelul anului 2022.	198
Lista tabelelor	
Tabel 1. Sinteza schemelor de finanțare, 2025.....	16
Tabel 2. Asigurați exceptați de la plata CASS (2025)	33
Tabel 3. Asigurați contributory (2025).....	34
Tabelul 4. Contribuția pentru asigurări sociale de sănătate (CASS).....	39
Tabel 5. Venituri potențiale din CASS pentru pensionari – scenariu fără plafon	43
Tabel 6. Venituri efective din CASS pentru pensionari – scenariu actual (plafon 3.000 RON).....	43

Tabel 7. Impactul plafonului de 3.000 RON asupra veniturilor din CASS	44
Tabel 8. Subvenții de la bugetul de stat, altele decât cele pentru echilibrare.....	54
Tabel 9. Evoluția veniturilor FNUASS pe principalele surse și dinamica anuală (2023–2025).....	57
Tabelul 10. Cheltuielile FNUASS pe categorii de cheltuieli	60
Tabel 11. Structura cheltuielilor FNUASS cu medicamentele în 2025, pe tipuri de rambursare (condiționate vs. necondiționate).....	67
Tabelul 12. Plățile FNUASS cu Programele Naționale de sănătate.....	72
Tabelul 13. Programele Naționale de sănătate în execuția bugetară a CNAS.....	75
Tabel 14. Cheltuieli FNUASS aferente serviciilor suplimentare PNPCC (2024–2025) ...	82
Tabel 15. Finanțarea asistenței medicale primare pe componente, 2024–2025 (RON) ...	85
Tabel 16. Evoluția finanțării ambulatoriului de specialitate și a Planului național de cancer (RON)	88
Tabel 17. Structura cheltuielilor pentru asistența medicală paraclinică (2024–2025)	93
Tabelul 18. Situația paturilor contractate pentru spitalele publice și private în 2025	97
Tabelul 19. Activitatea spitalelor contractate cu CNAS – comparație 2023 vs 2025 (număr cazuri).....	99
Tabelul 20. Capitolul Spitale generale în bugetul CNAS	100
Tabel 21. Distribuția geografică a finanțării serviciilor spitalicești pe județe – sector public vs privat (2025).....	111
Tabelul 22. Consolidarea cheltuielilor curente cu sănătatea ale Ministerului Sănătății	119
Tabelul 23. Principalele categorii ale cheltuielilor curente ale Ministerului Sănătății..	123

Tabelul 24. Acțiunile prioritare (AP)	129
Tabelul 25. Programele Naționale ale Ministerului Sănătății.....	130
Tabelul 26. Cheltuielile curente cu sănătatea din bugetele proprii ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, 2023-2025 (RON)	134
Tabelul 27. Consolidarea Cheltuielilor curente cu sănătatea ale Unităților Administrativ-Teritoriale 2023-2025	140
Tabel 28. Evoluția pieței abonamentelor private de sănătate în România, 2016-2025..	144
Tabel 29. Piața totală a beneficiilor medicale din România, 2024 vs. 2025	146
Tabel 30. Indicatori-cheie ai pieței asigurărilor private de sănătate, 2021-2025	149
Tabel 31. Clasamentul societăților de asigurare pe segmentul de sănătate, 2024.....	150
Tabel 32. Clasamentul societăților de asigurare pe segmentul de sănătate, 2025.....	152
Tabelul 33 – Lista codurilor CAEN selectate pentru analiză.....	157
Tabelul 34 – Distribuția operatorilor economici din nomenclator pe coduri CAEN.....	158
Tabelul 35 – Cifrele de afaceri ale operatorilor economici din nomenclator în anul 2024	159
Tabelul 36 – Distribuția tranzacțiilor între operatorii economici din nomenclator în anul 2025.....	160
Tabelul 37 – Operatori economici care au semnat contracte cu casele de asigurări de sănătate și veniturile încasate în anul 2025.....	161
Tabelul 38 – Limitări privind disponibilitatea datelor și ipoteze aplicate în calcul.....	162
Tabelul 39 – Cheltuieli private estimate pentru anul 2025 pe coduri CAEN și categorii de operatori economici incluși în analiză	166
Tabelul 40 – Sinteza cheltuielilor private estimate pentru anul 2025	168

Tabelul 41. Venituri ale fundațiilor reprezentative în domeniul sănătății (valori în RON)	171
.....	
Tabelul 42. Sinteza cheltuielilor cu sănătatea în 2025 conform capitolelor 1-8	174
Tabelul 43. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale.....	180
Tabelul 44. Indicatori privind finanțarea sănătății în România.....	183

A. Harta finanțării sistemului de sănătate în 2025 – Total Health Expenditure

Cadru metodologic și delimitarea indicatorului

Analiza utilizează cadrul Sistemului Conturilor de Sănătate 2011 (SHA 2011), elaborat de OECD, Eurostat și Organizația Mondială a Sănătății și aplicat în statisticile europene prin Regulamentul (UE) 2021/1901. Cadrul urmărește simultan cine finanțează consumul de servicii medicale (schemele HF), ce servicii sunt cumpărate (funcțiile HC) și la ce categorii de furnizori ajung resursele (furnizorii HP), ceea ce permite comparabilitatea între ani și între țări.

Indicatorul estimat pentru anul 2025 este cheltuiala curentă cu sănătatea (Current Health Expenditure – CHE), deci consumul final de bunuri și servicii medicale al unităților rezidente. În consecință, cheltuielile de capital – construcții, extinderi, echipamente și alte investiții – nu sunt incluse. Denumirea «Total Health Expenditure» este păstrată în titlul studiului pentru continuitate cu ediția precedentă, însă agregatul calculat trebuie interpretat metodologic drept cheltuială curentă cu sănătatea.

Estimarea pentru 2025 combină execuțiile bugetare și datele administrative ale Ministerului Finanțelor, CNAS/FNUASS, Ministerului Sănătății, ministerelor cu rețea sanitară proprie și autorităților locale cu date INS, ASF, informații din sistemul RO e-Factura și date de piață pentru mecanismele voluntare. Acolo unde pentru anul 2025 nu exista încă o statistică SHA oficială definitivă, au fost utilizate estimări explicite, descrise în subcapitolele corespunzătoare. Prin urmare, totalul de mai jos reprezintă o estimare consolidată a autorilor, nu o valoare oficială INS a Conturilor de Sănătate pentru 2025.

Cum se citește harta finanțării

Harta separă trei niveluri care sunt adesea confundate în dezbaterile publice: (1) sursele de venit (de exemplu CASS, bugetul de stat, taxa clawback sau veniturile gospodăriilor), (2) schemele de finanțare prin care drepturile sunt organizate și plățile sunt administrate (FNUASS, scheme guvernamentale, asigurări voluntare, plăți directe) și (3) furnizorii publici sau privați care primesc în final resursele. O contribuție publică poate fi plătită unui furnizor privat, iar o subvenție de la bugetul de stat poate alimenta FNUASS. Aceste fluxuri nu schimbă natura schemei prin care este finanțat serviciul.

Pentru a evita dubla contabilizare, transferurile dintre bugete au fost eliminate la consolidare. Astfel, sumele transferate de la bugetul de stat către FNUASS sau către autoritățile locale sunt numărate o singură dată, la nivelul schemei care finanțează efectiv consumul curent de servicii medicale. Valorile sunt exprimate în lei curenți ai anului 2025, iar creșterile nominale față de 2023 nu trebuie confundate cu o creștere identică în termeni reali.

Harta sintetică a finanțării în 2025

Pe baza datelor consolidate în capitolele următoare, cheltuielile curente cu sănătatea sunt estimate la 127,98 miliarde RON în 2025. Finanțarea publică însumează 92,12 miliarde RON (71,98%), iar finanțarea privată 35,86 miliarde RON (28,02%). În interiorul finanțării private, plățile directe ale gospodăriilor sunt net dominante.

Tabel 1. Sinteza schemelor de finanțare, 2025

Schemă / mecanism	2025 (mld. RON)	Pondere
FNUASS – asigurări sociale de sănătate (HF.1.2.1)	77,873	60,85%
Scheme guvernamentale centrale: MS și ministere cu rețea proprie (HF.1.1.1)	13,612	10,64%
Scheme ale autorităților locale (HF.1.1.2)	0,636	0,50%
Asigurări voluntare și abonamente medicale	2,072	1,62%
Plăți directe ale gospodăriilor – OOP (HF.3)	33,638	26,28%
Scheme ale instituțiilor fără scop lucrativ – NPISH (HF.2.2)	0,147	0,12%
TOTAL CHELTUIELI CURENTE CU SĂNĂTATEA	127,979	100,00%

Sursa: Ministerul de Finanțe, CNAS, Ministerul Sănătății

Notă: valorile sunt rotunjite la trei zecimale, iar ponderile la două zecimale. Pentru continuitate cu structura studiului, abonamentele medicale sunt prezentate separat alături de mecanismele voluntare; clasificarea SHA exactă depinde de plătitor și de configurația contractului. Pentru asigurările private,

agregatul include indemnizațiile brute plătite raportate de entitățile autorizate în România la ASF (633 milioane RON); estimarea extinsă, care include și sucursalele, este prezentată separat în subcapitolul dedicat și nu este adăugată din nou. Sursa: date consolidate de autori.

Principalele scheme și mecanisme de finanțare

a) FNUASS – nucleul finanțării colective

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, administrat de CNAS, este principala schemă de finanțare a consumului curent de servicii medicale (HF.1.2.1). În 2025, FNUASS însumează 77,87 miliarde RON și 60,85% din total. Principala sa sursă este CASS (65,46 miliarde RON, echivalentul a 51,15% din cheltuielile curente totale), completată de subvenții de la bugetul de stat (6,40 miliarde RON), taxa clawback (6,00 miliarde RON) și alte venituri curente de dimensiune redusă.

b) Schemele guvernamentale centrale

Ministerul Sănătății și ministerele care administrează rețele sanitare proprii finanțează programe naționale, sănătatea publică, unități sanitare și alte servicii aflate în responsabilitatea lor (HF.1.1.1). După eliminarea transferurilor deja recunoscute în FNUASS sau în bugetele locale, aceste scheme însumează 13,61 miliarde RON (10,64% din total), adică 12,45 miliarde RON prin Ministerul Sănătății și 1,16 miliarde RON prin celelalte ministere cu rețea sanitară proprie.

c) Schemele autorităților locale

Autoritățile locale completează finanțarea unităților sanitare aflate în administrarea lor și a altor servicii de sănătate (HF.1.1.2). În calcul sunt incluse numai cheltuielile curente suportate din resurse locale, după eliminarea subvențiilor și transferurilor deja consolidate la nivel central. Valoarea rezultată pentru 2025 este de 636,28 milioane RON (0,50% din total); investițiile locale nu intră în agregatul CHE.

d) Asigurările voluntare și abonamentele medicale

Asigurările private transferă riscul financiar către un asigurător și reprezintă scheme voluntare de asigurare (HF.2.1), în timp ce abonamentele oferă acces preplătit la un pachet de servicii, fără mecanismul actuarial specific asigurării. Împreună, cele două mecanisme ating 2,07 miliarde RON și aproximativ 1,62% din total (633 milioane RON asigurări și 1,44 miliarde RON abonamente), ceea ce confirmă ponderea încă redusă a preplății voluntare.

e) Plățile directe ale gospodăriilor (out-of-pocket)

Plățile efectuate de pacienți la momentul utilizării serviciilor sau cumpărării medicamentelor (HF.3) sunt estimate la 33,64 miliarde RON și 26,28% din total. Deși ponderea este mai mică decât estimarea pentru 2023, OOP rămâne a doua componentă ca mărime și reprezintă 93,8% din finanțarea privată estimată. Nivelul ridicat indică o protecție financiară încă insuficientă și un risc persistent ca accesul la îngrijiri să depindă de venitul pacientului.

f) Instituțiile fără scop lucrativ

Schemele instituțiilor fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor (HF.2.2) sunt estimate la 147,4 milioane RON (0,12% din total). Valoarea trebuie interpretată prudent: datele sunt fragmentate, iar veniturile organizațiilor nu pot fi echivalate automat cu servicii medicale curente, în special când finanțează investiții sau când includ sume decontate deja de CNAS.

Concluzia hărții

Față de anul 2023, valoarea nominală a cheltuielilor curente cu sănătatea crește de la 99,2 la aproximativ 128,0 miliarde RON (+29%). Schimbarea structurală centrală este consolidarea veniturilor din CASS, care ajung să finanțeze puțin peste jumătate din total. În același timp, aproape trei din zece lei provin în continuare din surse private, iar peste un sfert din total este plătit direct de gospodării. Harta indică astfel atât întărirea finanțării colective, cât și vulnerabilitatea persistentă asociată plăților directe. Subcapitolele următoare detaliază fiecare schemă, destinația resurselor și metodologia de estimare.

B. Analiza cheltuielilor curente totale cu sănătatea

1. FNUASS

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) reprezintă pilonul principal de finanțare a sistemului de sănătate din România, asigurând acoperirea majorității cheltuielilor curente pentru servicii medicale. Administrarea acestuia este realizată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), instituție care are un rol central în organizarea, coordonarea și monitorizarea utilizării resurselor financiare la nivel național. Prin rețeaua sa – formată din Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a structurilor de apărare, ordine publică și siguranță națională (CASAOPSNAJ) – CNAS asigură funcționarea sistemului pe întreg teritoriul țării și pentru toate categoriile de asigurați.

a) VENITURILE PENTRU SĂNĂTATE LA FNUASS

Din perspectiva finanțării, FNUASS concentrează cea mai mare parte a resurselor dedicate sănătății, fiind alimentat din mai multe surse. Cea mai importantă dintre acestea o reprezintă contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS), plătite de persoanele asigurate. La acestea se adaugă contribuțiile provenite din contribuția asiguratorie pentru muncă (CAM), transferurile de la bugetul de stat, precum și alte venituri secundare (dobânzi, penalități, donații sau venituri din exploatarea patrimoniului). Este însă esențial de subliniat că veniturile din CAM și subvențiile aferente sunt utilizate în principal pentru acoperirea unor cheltuieli de asistență socială (concedii și indemnizații) și nu sunt incluse în analiza cheltuielilor curente de sănătate propriu-zise.

În acest context, veniturile relevante pentru finanțarea directă a serviciilor medicale din FNUASS pot fi grupate în trei categorii majore:

- **veniturile din contribuții (CASS)**, care reprezintă sursa dominantă și fundamentul sustenabilității sistemului;
- **veniturile din contribuțiile industriei farmaceutice (taxa clawback)**, cu rol de corecție și control al cheltuielilor cu medicamentele;
- **subvențiile de la bugetul de stat**, utilizate atât pentru echilibrarea fondului, cât și pentru finanțarea unor programe sau domenii specifice stabilite prin lege.

Detalierea acestor surse de venit evidențiază structura și dependențele sistemului de finanțare a sănătății din România:

I. Veniturile din contribuții (CASS)

Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România reprezintă un **mecanism public de protecție socială**, al cărui obiectiv fundamental este asigurarea accesului populației la servicii medicale de bază, în condiții de echitate și sustenabilitate financiară. Acesta funcționează ca un sistem de tip *pay-as-you-go*, în care contribuțiile colectate de la persoanele active finanțează serviciile medicale consumate de întreaga populație asigurată.

Funcționarea sistemului este fundamentată pe un set de principii esențiale, care îi definesc atât arhitectura financiară, cât și rolul social:

În primul rând, **principiul contributivității** presupune că finanțarea sistemului se realizează prin contribuții obligatorii ale persoanelor fizice, calculate în funcție de veniturile realizate. Acest principiu stabilește legătura directă între capacitatea economică a individului și contribuția sa la sistem.

În al doilea rând, **principiul solidarității** implică faptul că, deși contribuțiile sunt proporționale cu veniturile, accesul la servicii medicale este uniform pentru toți asigurații. Astfel, persoanele cu venituri mai mari contribuie într-o măsură mai mare la finanțarea sistemului, susținând indirect accesul celor cu venituri reduse sau fără venituri.

Un al treilea principiu fundamental este **universalitatea**, care reflectă obiectivul sistemului de a acoperi întreaga populație. În practică însă, acest deziderat este doar parțial realizat, existând atât categorii exceptate de la plată, cât și persoane care rămân în afara sistemului.

Nu în ultimul rând, **protecția socială a categoriilor vulnerabile** reprezintă un element definitoriu al sistemului. Legiuitorul instituie excepții de la plata contribuției pentru anumite categorii de persoane (precum copiii, persoanele cu handicap sau alte grupuri vulnerabile), fără a le afecta dreptul de acces la servicii medicale. Aceste măsuri reflectă dimensiunea socială a sistemului, dar au implicații directe asupra bazei de finanțare.

Din punct de vedere financiar, veniturile Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) sunt determinate de numărul de contributori, de baza de calcul individuală și de nivelul cotei de contribuție, conform relației:

$$V_{FNUASS} = \sum_{i=1}^N (B_i \times c_{CASS})$$

unde:

- N reprezintă numărul de asigurați contribuitori,
- B_i este baza de calcul individuală,
- c_{CASS} este cota contribuției de asigurări sociale de sănătate (în prezent 10%).

Această formulare evidențiază un aspect esențial: **veniturile sistemului depind nu doar de nivelul contribuției, ci în mod critic de dimensiunea și structura bazei de contributivitate.**

Un element particular al sistemului românesc este faptul că, deși asigurarea de sănătate este obligatorie prin lege, **persoanele fără venituri impozabile nu sunt sancționate pentru neplata contribuției.** În consecință, acestea pot rămâne neasigurate în lipsa plății voluntare a contribuției, ceea ce generează o zonă gri între universalitate declarată și acoperire efectivă.

I.1 Numărul de asigurați

Încă de la înființarea Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), sistemul românesc s-a confruntat cu un **dezechilibru structural între numărul de contribuitori și cel al beneficiarilor.** Acest dezechilibru are cauze profunde, de natură demografică și instituțională, care s-au manifestat constant în timp.

Pe de o parte, **îmbătrânirea populației** a condus la creșterea ponderii persoanelor beneficiare de servicii medicale, concomitent cu reducerea relativă a populației active. Pe de altă parte, **migrația externă a populației tinere și apte de muncă** a diminuat suplimentar baza de contributivitate. Acestor factori li se adaugă **extinderea progresivă a categoriilor exceptate de la plata contribuției**, ceea ce a redus și mai mult numărul efectiv al contribuitorilor la sistem.

Situația din anul 2014 ilustrează în mod clar aceste dezechilibre structurale. Conform datelor disponibile (figura 1), doar **42% din populație era reprezentată de asigurați contribuitori direcți**, în timp ce alte categorii de populație beneficiau de servicii medicale fie prin plata contribuției din alte surse bugetare (15%), fie prin exceptare de la plată (28%). În plus, aproximativ **15% din populație era neasigurată**, ceea ce indică limitele mecanismului de acoperire universală.

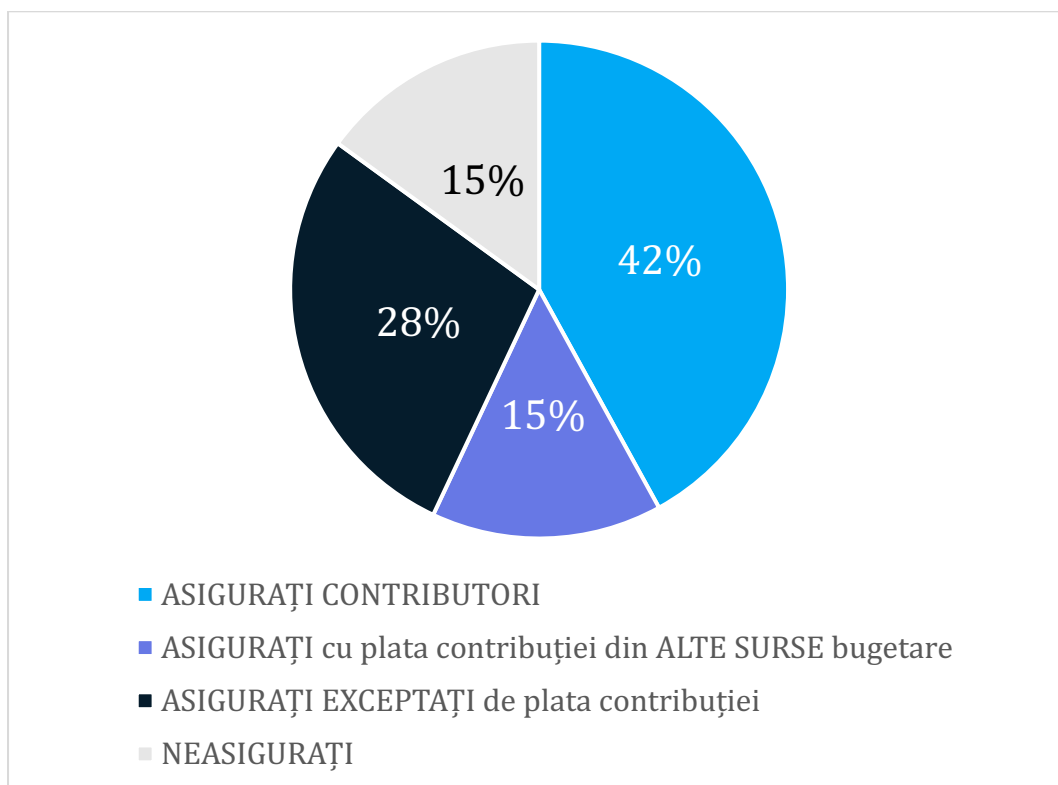


Figura 1. Structura populației pe categorii de asigurați în România, 2014

Sursa datelor: CNAS, date prelucrate și compilate de autori.

Cu toate acestea, dacă includem și categoriile pentru care contribuția este suportată indirect din bugetul de stat, rezultă că în anul 2014 aproximativ **57% din populație contribuia, direct sau indirect, la finanțarea FNUASS**. Acest nivel relativ ridicat al contribuției agregate trebuie însă interpretat cu precauție, întrucât el maschează o **dependență semnificativă de transferuri bugetare** și o presiune crescută asupra contribuabililor activi.

Prin comparație, modelul german de asigurări de sănătate evidențiază o structură mult mai echilibrată și sustenabilă (figura 2). În Germania, sistemul este organizat pe baza principiului obligativității asigurării pentru toți rezidenții, ceea ce conduce la o **rată de acoperire de aproape 100% a populației** (cu aproximativ 10% în sistem privat). În același timp, aproximativ **80% din populație contribuie efectiv la finanțarea sistemului**, ceea ce asigură o bază largă și stabilă de colectare (Blümel et al., 2020).

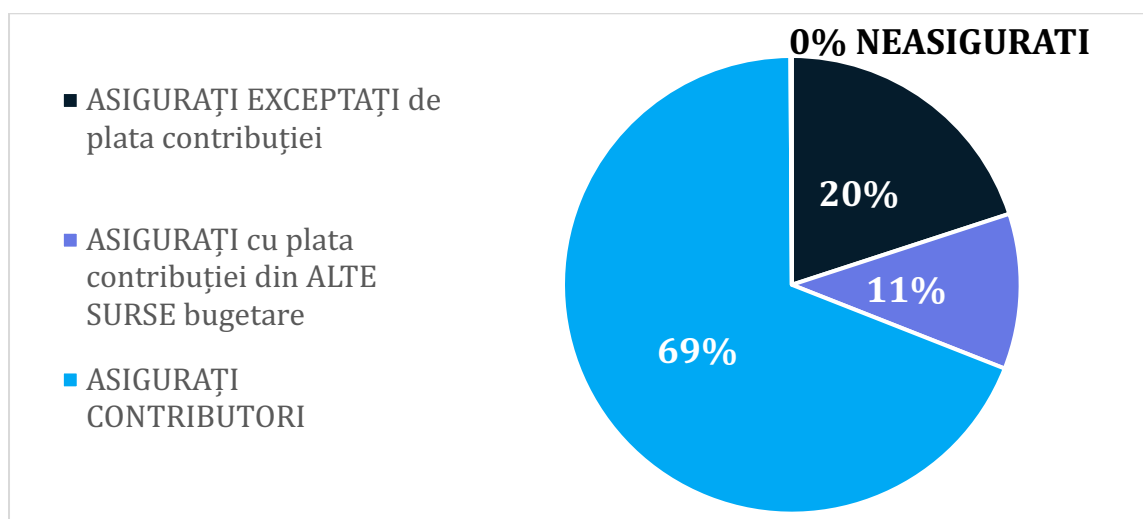


Figura 2. Structura populației pe categorii de asigurați în Germania

Sursa datelor: Eurostat, date prelucrate și compilate de autori.

Un alt element diferențiator major este reprezentat de **numărul redus de categorii exceptate de la plata contribuției** în Germania, limitate în principal la: copiii sub 18 ani și soții/soțiile fără venituri – coasigurare.

Această abordare reflectă o aplicare mai strictă a principiului contributivității și o delimitare mai clară între mecanismele de protecție socială și cele de finanțare a sistemului de sănătate.

Comparativ, sistemul românesc din 2014 apare caracterizat printr-o **fragmentare a bazei de contributivitate**, un număr ridicat de beneficiari necontributori și o proporție semnificativă de persoane neasigurate. Aceste caracteristici indică un model de finanțare vulnerabil, în care echilibrul dintre solidaritate și sustenabilitate financiară este dificil de menținut pe termen lung.

Veniturile generate din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS) au fost supuse, în perioada 2017–2022, unor **modificări legislative profunde**, care au afectat atât cuantumul contribuțiilor, cât și, mai ales, baza de contributivitate. Aceste intervenții au avut un impact direct și semnificativ asupra sustenabilității Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), administrat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Prima măsură majoră a fost introdusă prin **Legea nr. 2/2017**, care a eliminat obligația de plată a CASS pentru toți pensionarii, indiferent de valoarea pensiei. Această modificare a avut un impact imediat asupra veniturilor FNUASS, întrucât aproximativ **1,8 milioane de pensionari cu pensii peste 900 RON**, care anterior contribuiau direct, au fost scutiți de la plată. Înainte de această schimbare, pensionarii cu pensii peste 900 RON plăteau o contribuție de **5,5%**, iar pentru cei cu pensii sub acest prag contribuția era achitată de Ministerul Muncii, tot în quantum

de 5,5% din pensie, către FNUASS. Astfel, prin această măsură, a fost eliminată nu doar contribuția directă, ci și cea indirectă aferentă unei părți semnificative a populației vârstnice.

O a doua intervenție majoră a fost realizată prin **OUG nr. 88/2017**, care a modificat fundamental statutul mai multor categorii de asigurați. Astfel, toate categoriile pentru care contribuția era anterior achitată din alte surse bugetare au fost reclassificate ca **asigurați exceptați de la plata CASS**, iar instituțiile statului au fost scutite de la plata contribuțiilor aferente acestor persoane. Măsura a vizat aproximativ **3 milioane de persoane**, incluzând:

- aproximativ 1,8 milioane de pensionari cu pensii sub 900 RON;
- șomerii beneficiari de indemnizație;
- persoanele aflate în detenție;
- personalul monahal;
- beneficiarii de venit minim garantat;
- persoanele aflate în incapacitate temporară de muncă (accidente de muncă sau boli profesionale);
- persoanele aflate în concediu de creștere a copilului.

Această modificare a redus suplimentar contribuțiile indirecte către FNUASS, consolidând tendința de diminuare a bazei de finanțare.

Prin **OUG nr. 79/2017**, a fost introdus un nou mecanism de contribuție pentru persoanele care realizează venituri independente. Astfel, obligația de plată a CASS a fost condiționată de depășirea unui prag anual echivalent cu **12 salarii minime brute pe economie**, baza de calcul fiind chiar acest prag. Consecințele acestei măsuri au fost semnificative:

- persoanele cu venituri sub acest prag au rămas **neasigurate** sau au putut opta pentru plata voluntară a contribuției;
- contribuția a devenit o **sumă fixă**, situată între aproximativ 223–235 RON/lună, indiferent de nivelul venitului;
- măsura a vizat o categorie largă de contribuabili, inclusiv PFA, PFI, CMI (avocați, medici, notari, arhitecți, contabili etc.).

În paralel, anumite categorii au fost exceptate complet de la plata contribuției, indiferent de venit, precum **femeile însărcinate, lăuzele și pacienții incluși în programele naționale de sănătate**.

Ulterior, prin **OUG nr. 18/2018**, s-a extins aria excepțiilor prin eliminarea obligației de plată a CASS pentru veniturile din proprietate intelectuală realizate de pensionari și salariați. În același timp, **concediile medicale au fost scutite de la plata CASS**, reducând suplimentar baza de colectare.

O altă intervenție relevantă a fost introdusă prin **OUG nr. 114/2018**, care a exceptat de la plata CASS salariații din sectorul construcțiilor. În anul 2019, această măsură a afectat aproximativ **213.000 de salariați**, condițiile de aplicare fiind suficient de permissive încât să includă practic întreg personalul angajat în acest sector, inclusiv funcții administrative (secretariat, contabilitate etc.).

Aceeași logică de extindere a excepțiilor a fost continuată prin **OG nr. 16/2022**, care a introdus facilități similare pentru salariații din agricultură și industria alimentară (aproximativ **21.936 persoane**), precum și prin **OG nr. 37/2022**, care a exceptat de la plata contribuției donatorii de celule stem.

În ansamblu, măsurile fiscale adoptate în perioada 2017–2022 au condus la o reducere semnificativă a bazei de contributivitate. Se estimează că aproximativ **5,5 milioane de persoane**, care anterior contribuiau direct sau indirect la FNUASS, au fost exceptate de la plata CASS în urma acestor modificări. Numărul categoriilor sociale exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate (CASS) a ajuns la **23**.

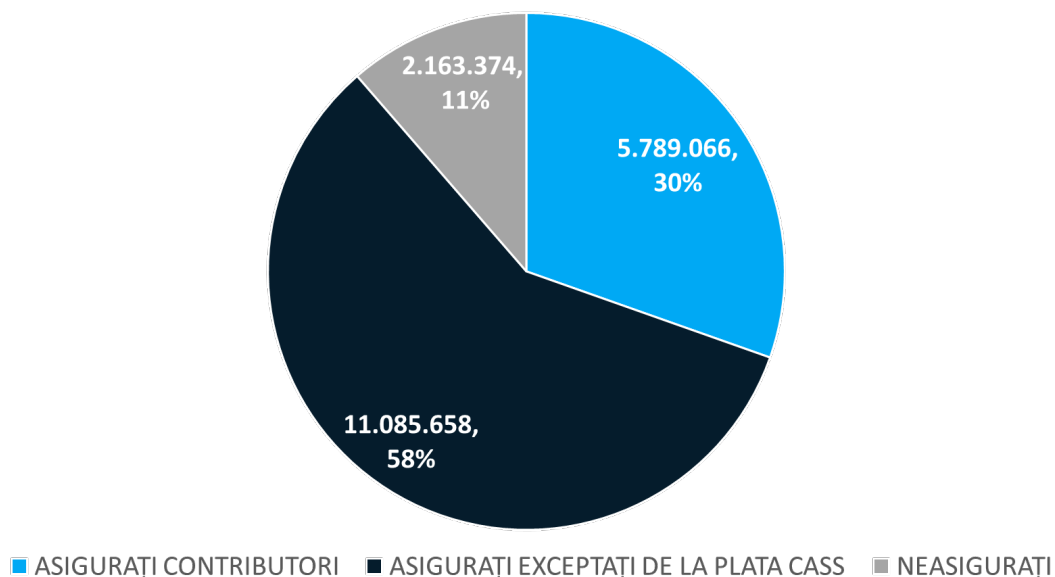


Figura 3. Structura populației pe categorii de asigurați în România, 2022

Sursa datelor: CNAS, date prelucrate și compilate de autori.

Impactul cumulat al acestor măsuri fiscale s-a reflectat direct în structura populației asigurate, evidențiind o deteriorare semnificativă a bazei de contributivitate. Situația din anul 2022 a ilustrat în mod clar consecințele acestor intervenții (figura 3).

Conform datelor disponibile, doar **5.789.066 de persoane (aproximativ 30,4%)** erau contributori direcți la FNUASS, în timp ce **11.085.658 de persoane (58,2%)** erau asigurate fără plata contribuției, fiind încadrate în diverse categorii exceptate. În același timp, aproximativ **2.163.374 de persoane (11,4%)** erau neasigurate.

Această distribuție a evidențiat o **modificare structurală profundă a sistemului de finanțare**, în care majoritatea populației beneficia de servicii medicale fără a contribui direct la finanțarea acestora. Practic, raportul dintre contributori și beneficiari se inversase, sistemul ajungând să fie susținut de o minoritate relativ restrânsă a populației active.

Comparativ cu situația din 2014, când aproximativ 57% din populație contribuia direct sau indirect la FNUASS, anul 2022 a marcat o **reducere semnificativă a bazei de contributivitate efective**, în principal ca urmare a extinderii categoriilor exceptate de la plată. În plus, ponderea persoanelor neasigurate a rămas relevantă, indicând limitele mecanismelor de includere în sistem.

Rezultatul acestor evoluții a fost configurarea unui **dezechilibru nesustenabil**, caracterizat prin:

- bază restrânsă de contributori (30% din populație);
- un număr foarte mare de beneficiari exceptați de la plată (58%);
- proporție semnificativă de persoane neasigurate (11%).

Acest model de finanțare a pus o presiune considerabilă asupra sustenabilității FNUASS, întrucât veniturile depindeau în mod disproporționat de contribuțiile unei categorii limitate de populație. În același timp, extinderea continuă a excepțiilor a erodat principiul contributivității și a accentuat **inechitatea sistemului**, în care un număr tot mai mic de contribuabili susținea accesul la servicii medicale pentru majoritatea populației.

În absența unor măsuri de reechilibrare a bazei de contributivitate, aceste tendințe riscau să se amplifice, afectând pe termen mediu și lung atât sustenabilitatea financiară, cât și calitatea serviciilor medicale furnizate.

După perioada 2017–2022, caracterizată printr-o reducere accentuată a bazei de contributivitate, începând cu anul 2021 au fost introduse o serie de măsuri cu rol declarat de

reechilibrare a sistemului de finanțare, vizând atât extinderea bazei de contributori, cât și limitarea optimizărilor fiscale.

Prima intervenție relevantă a fost realizată prin **OUG nr. 130/2021**, care a reintrodus obligația de plată a CASS pentru pensionarii cu pensii mai mari de 4.000 RON. Măsura viza corectarea parțială a efectelor produse de eliminarea contribuției pentru această categorie în anul 2017, readucând în baza de contributivitate o parte din pensionarii cu venituri ridicate. Cu toate acestea, prin **Decizia Curții Constituționale nr. 650/2022**, prevederea a fost declarată neconstituțională, pe motiv că o astfel de reglementare nu putea fi adoptată prin ordonanță de urgență, ci doar prin lege. Ca urmare, în anul 2024, CNAS a restituit pensionarilor toate sumele încasate în perioada 2021–2022, în quantum total de aproximativ **138 milioane RON**.

O a doua măsură importantă a fost introdusă prin **OG nr. 16/2022**, care a modificat modul de determinare a contribuției pentru veniturile non-salariale prevăzute la art. 155 alin. (1) lit. b–h din Codul fiscal. Această categorie include:

- venituri din activități independente (PFA, profesii liberale);
- venituri din drepturi de proprietate intelectuală;
- venituri din asocierea cu o persoană juridică (participare la profit);
- venituri din cedarea folosinței bunurilor (chirii);
- venituri din investiții (dividende);
- venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură;
- venituri din alte surse (premii, vânzări de bunuri, cesiuni de creanțe).

Pentru aceste categorii, contribuția de asigurări sociale de sănătate a fost stabilită în funcție de încadrarea în praguri anuale de **6, 12 sau 24 de salarii minime brute pe țară**, baza de calcul fiind nivelul pragului corespunzător venitului realizat. Această modificare a urmărit o mai bună corelare între nivelul veniturilor și contribuția datorată, în contextul unei baze de impozitare anterior limitate.

Un pas suplimentar în direcția reechilibrării a fost realizat prin **Legea nr. 296/2023**, care a intervenit atât asupra excepțiilor de la plata CASS, cât și asupra bazei de calcul pentru veniturile independente. Astfel, au fost eliminate facilitățile acordate anterior pentru:

- salariații din sectorul construcțiilor (art. 154 lit. r);
- salariații din agricultură și industria alimentară (art. 154 lit. s).

Aceste categorii au fost reintegrate în rândul salariaților contribuabili, începând cu luna noiembrie 2023, revenind astfel în baza de contributivitate a sistemului.

În același timp, pentru veniturile din activități independente (PFA, profesii libere), s-a modificat mecanismul de calcul al contribuției, astfel încât, începând cu anul 2024, CASS se datorează **la nivelul venitului realizat**, dar cu plafonarea bazei de calcul la maximum **60 de salarii minime brute pe economie**. Pentru celelalte categorii de venituri non-salariale s-au menținut pragurile de 6, 12 și 24 de salarii minime brute, însă a fost clarificată baza de calcul, în sensul limitării posibilităților de optimizare fiscală prin cumulul de venituri din surse diferite.

O altă intervenție a fost realizată prin **OUG nr. 34/2024**, care a extins baza de contribuție prin includerea anumitor categorii de concedii medicale în sfera veniturilor supuse CASS. Astfel, indemnizațiile aferente codurilor de boală:

- 01 – boală obișnuită;
- 07 – carantină;
- 10 – reducerea timpului de muncă cu 25%;

au devenit supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate, conform art. 155 lit. i din Codul fiscal. Celelalte categorii de concedii medicale (precum cele pentru boli infectocontagioase, urgențe sau afecțiuni oncologice) au rămas în continuare exceptate de la plata contribuției.

Aceste măsuri au reprezentat primele intervenții sistematice orientate către lărgirea bazei de contributivitate și corectarea dezechilibrelor create în perioada anterioară.

Cea mai amplă și structurată intervenție legislativă în direcția reconfigurării bazei de contributivitate a fost realizată prin **Legea nr. 141 din 25 iulie 2025**, care a modificat în mod substanțial arhitectura sistemului de asigurări sociale de sănătate. Această lege marchează o schimbare de paradigmă, prin redefinirea simultană a categoriilor exceptate, a mecanismelor de colectare și a statutului unor categorii de beneficiari.

În primul rând, legea a menținut o serie de **excepții de la plata CASS (art. 154 Cod fiscal)**, însă a restrâns și clarificat aceste categorii, care au inclus:

- coasigurații (soț/soție, părinți fără venituri aflați în întreținere) – **654.244 persoane**;
- pacienții incluși în programe naționale de sănătate, până la vindecare (cu menținerea excepției pentru bolnavii oncologici) – **60.602 persoane**;
- personalul monahal – **2.502 persoane**;

- beneficiarii unor legi speciale (persoane persecutate politic, veterani, revoluționari etc.) – **260.160 persoane;**
- șomerii – **46.860 persoane;**
- persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului – **109.142 persoane;**
- beneficiarii de venit minim garantat – **353.688 persoane;**
- pensionarii cu pensii mai mari de 3.000 RON – **1.960.804 persoane.**

În paralel, pentru un număr semnificativ de persoane (aproximativ **2,3 milioane**), legea a introdus **mecanismul de reținere la sursă a CASS (10%)**, aplicabil anumitor tipuri de venituri sau beneficii sociale. Acest mecanism a vizat:

- indemnizațiile de șomaj (prin ANOFM);
- indemnizațiile pentru concediu de creștere a copilului (prin ANPIS);
- ajutorul social (venit minim garantat);
- pensiile mai mari de 3.000 RON (contribuția aplicându-se doar pentru partea care depășește acest plafon);
- beneficiarii legilor speciale (ex. persoane persecutate politic, veterani, revoluționari etc.);
- indemnizațiile aferente concediilor medicale (prin CNAS).

Un element de schimbare majoră a fost reprezentat de redefinirea statutului pentru anumite categorii. Astfel, **coasigurații, persoanele incluse în programe naționale curative (cu excepția bolnavilor oncologici) și personalul monahal** au pierdut calitatea automată de asigurat și au fost încadrați în categoria **neasiguraților**, în situația în care nu au optat pentru plata unei contribuții.

În acest context, legea a introdus și un mecanism explicit de **asigurare voluntară** pentru persoanele fără venituri supuse CASS. Acestea pot dobândi calitatea de asigurat prin plata unei contribuții anuale calculate la nivelul a **6 salarii minime brute pe economie**. Pentru anul 2025, aceasta a însemnat:

- salariu minim: 4.050 RON;
- bază de calcul: 24.300 RON;
- contribuție CASS: **2.430 RON/an.**

Plata contribuției s-a realizat în două tranșe:

- 25% la momentul depunerii declarației unice (D212);
- 75% până la 25 mai anul următor.

Dobândirea calității de asigurat s-a realizat imediat după plata primei tranșe, pentru o perioadă de 12 luni.

În același timp, legea a menținut anumite excepții punctuale, precum cea referitoare la **veniturile din drepturi de proprietate intelectuală** obținute de persoanele care realizează simultan venituri din salarii și/sau pensii, acestea rămânând exceptate de la plata CASS.

Ulterior, prin **Legea nr. 239 din decembrie 2025**, a fost introdusă o nouă modificare relevantă pentru baza de contributivitate a veniturilor independente, prin creșterea plafonului maxim de calcul pentru contribuția datorată de persoanele fizice autorizate și profesiile libere la nivelul a **72 de salarii minime brute**, aplicabil începând cu anul 2026.

Impactul măsurilor de reechilibrare adoptate în perioada 2021–2025, în special al **Legii nr. 141/2025**, se reflectă în structura populației asigurate la finalul anului 2025 (figura 4).

La nivel agregat, numărul total de asigurați a fost de **16.127.251 persoane în anul 2025**, comparativ cu **16.659.251 persoane în anul 2024**, ceea ce corespunde unei **scăderi de 532.353 persoane** în urma aplicării noilor reglementări. Raportat la populația rezidentă, asigurații au reprezentat aproximativ **84,9% din total**.

Structura populației evidențiază o schimbare semnificativă față de anul 2022. Numărul asiguraților contributory a ajuns la **9.664.268 persoane (50,75%)**, depășind pentru prima dată pragul de 50% din populație, în timp ce **6.462.983 persoane (33,94%)** au rămas în categoria asiguraților exceptați de la plata contribuției. În paralel, numărul persoanelor neasigurate a crescut la **2.915.949 persoane (15,31%)**, reflectând efectele reclassificării unor categorii sociale (coasigurați, personal monahal, anumite categorii din programe naționale) în afara sistemului, în absența opțiunii pentru plata contribuției.

Această evoluție indică faptul că măsurile de reechilibrare au avut ca efect **creșterea ponderii contributorilor**, dar și o **reducere a gradului de acoperire a populației**, prin creșterea numărului de neasigurați.

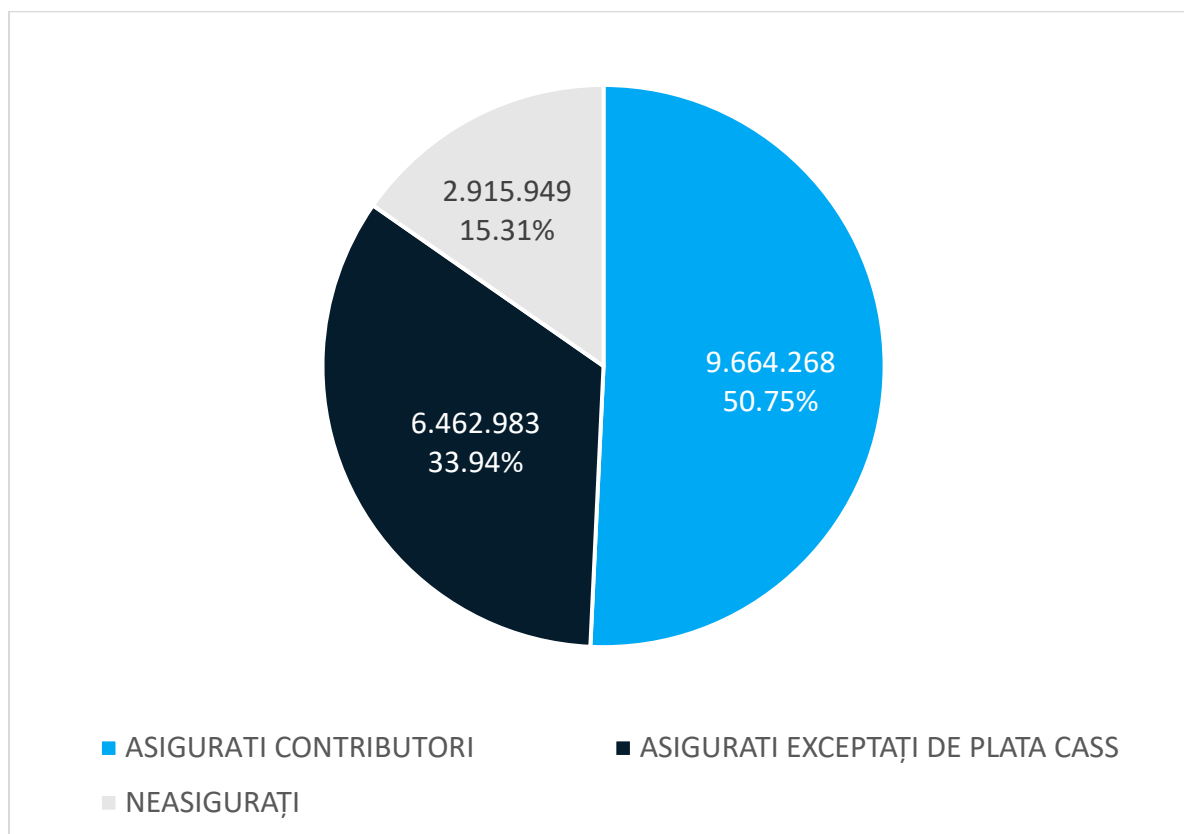


Figura 4. Structura populației pe categorii de asigurați în România, decembrie 2025

Sursa datelor: CNAS, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori.

Totuși, aceste rezultate trebuie interpretate cu prudență, întrucât ele sunt influențate de **metodologia de raportare și limitările datelor disponibile**.

Datele utilizate provin din:

- Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS);
- Ministerul Muncii și Solidarității Sociale.

CNAS furnizează structura populației pe categorii de asigurați, însă sistemul de raportare are o particularitate importantă: **o persoană poate avea simultan mai multe calități** (de exemplu, pensionar și salariat sau PFA). Pentru evitarea dublei înregistrări, CNAS aplică **reguli de prioritizare**, atribuind fiecărui individ o singură categorie dominantă. În această ierarhie:

- au prioritate categoriile contributoare (salariați, PFA);
- sunt secundare categoriile necontributoare (pensionari, beneficiari de ajutoare sociale).

Astfel, un individ care este simultan pensionar și salariat este încadrat ca **salariat**, fiind considerat contributor.

Această metodologie are un impact direct asupra distribuției raportate. De exemplu, din totalul de **4.923.588 pensionari** (conform datelor Ministerului Muncii), doar **3.676.079** apar în raportarea CNAS ca pensionari asigurați. Diferența de **1.247.509 persoane** reprezintă pensionari care au și alte forme de venit și care au fost reclasificați în categoria contribuitorilor.

O limitare suplimentară derivă din faptul că baza de date CNAS **nu conține informații privind valoarea pensiei**, ceea ce face imposibilă separarea directă a pensionarilor contribuitori de cei exceptați în funcție de pragul de 3.000 RON introdus prin Legea 141/2025.

Pentru a depăși această limitare, analiza a utilizat datele Ministerului Muncii:

- **1.960.804 pensionari cu pensii > 3.000 RON;**
- **2.962.784 pensionari cu pensii < 3.000 RON.**

Pe baza acestor date, s-a formulat o **ipoteză metodologică conservatoare**, în sensul că:

- toți cei **1.960.804 pensionari cu pensii peste 3.000 RON** au fost considerați contribuitori;
- diferența până la totalul pensionarilor raportați de CNAS (**1.715.275 persoane**) a fost considerată categorie exceptată.

Această abordare introduce însă o **limitare majoră**, respectiv:

- **supraestimarea numărului de contribuitori;**
- **subestimarea populației exceptate de la plată.**

Motivația utilizării acestei ipoteze a fost testarea unui scenariu favorabil sustenabilității sistemului.

Chiar și în aceste condiții favorabile, rezultatul rămâne relevant: **ponderea asiguraților contribuitori nu depășește 50,7% din populație**, ceea ce indică faptul că dezechilibrul structural al sistemului nu este complet corectat, în pofida măsurilor de reechilibrare implementate.

Structura detaliată a populației asigurate în decembrie 2025, pe categorii de asigurați exceptați și contribuitori, este prezentată în **tabelul 2** și **tabelul 3**, evidențiind distribuția numerică și principalele surse de contribuție la FNUASS.

Tabel 2. Asigurați exceptați de la plata CASS (2025)

Categorie	Nr. persoane
Copii, copii în plasament, elevi, studenți (<26 ani), doctoranzi	4.375.282
Persoane cu handicap	203.110
Bolnavi oncologici în programe naționale	89.350
Femei însărcinate, lăuze	24.036
Persoane private de libertate	14.468
Cetățeni străini și alte categorii exceptate	41.462
Pensionari cu pensii < 3000 RON	1.715.275
TOTAL ASIGURAȚI EXCEPTAȚI	6.462.983

Sursa datelor: CNAS, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori

Tabel 3. Asigurați contributori (2025)

Categorie	Nr. persoane
Salariați	6.011.654
Activități independente (PFA, profesii liberale)	178.057
Drepturi de proprietate intelectuală, contracte etc.	25.889
Cedarea folosinței bunurilor	54.564
Activități agricole, silvicultură, piscicultură	53.871
Arendare bunuri Agricole	151.343
Venituri din investiții	3.205
Persoane care optează pentru plata contribuției	297.241
Coasigurați care optează pentru plată	30.110
Beneficiari de legi speciale	260.144
Ajutor social – venit minim garantat	353.688
Concediu creștere copil	109.142
Șomeri indemnizați	46.860
Alte categorii contributoare	127.696
Pensionari >3000 RON (pentru suma ce depășește plafonul)	1.960.804
TOTAL ASIGURAȚI CONTRIBUTORI	9.664.268

Sursa datelor: CNAS, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori

Măsurile fiscale adoptate au condus la o creștere a bazei de contributivitate, însă aceasta a rămas în continuare limitată, situându-se la aproximativ **9,66 milioane de persoane (50,75% din populație)**. În acest context, atingerea unui echilibru real și sustenabil între contributory și beneficiari presupune continuarea reformelor structurale, inclusiv prin adoptarea unor măsuri care pot avea un grad redus de acceptabilitate socială.

Totodată, estimarea numărului de asigurați contributory unici trebuie interpretată cu prudență, existând o posibilă **supraestimare de până la aproximativ 1,2 milioane de persoane**, generată de limitările bazei de date CNAS, în special de imposibilitatea diferențierii pensionarilor în funcție de nivelul veniturilor.

Se remarcă apariția unei componente distincte de **asigurați prin opțiune voluntară**, respectiv:

- 297.241 persoane care au optat pentru plata contribuției;
- 30.110 coasigurați care au optat pentru reasigurare.

În total, aceste categorii însumează **327.351 persoane**, cu **120.264 mai multe** decât în anul 2024, ceea ce reflectă un efect direct al introducerii mecanismului de asigurare voluntară.

De asemenea, ca urmare a aplicării Legii 141/2025, aproximativ **2.858.334 persoane anterior exceptate** au început să contribuie la sistem prin **mechanismul de reținere la sursă a CASS**, fiind integrate formal în categoria contributorylor.

Legea nr. 141/2025, deși a avut ca obiectiv declarat reechilibrarea bazei de contributivitate, a produs ca efect secundar o **creștere semnificativă a numărului de persoane neasigurate**, prin eliminarea unor categorii din sfera asiguraților și condiționarea accesului de plata contribuției.

Conform datelor disponibile, nu există o evidență exactă a numărului de neasigurați din România. Estimarea acestora se realizează indirect, ca diferență între populația rezidentă estimată de Institutul Național de Statistică (**19.043.200 persoane**) și numărul total de asigurați. Astfel, pentru anul 2025 rezultă un număr de aproximativ **2.915.949 persoane neasigurate**, reprezentând **circa 15,3% din populație**.

Totuși, datele provenite din listele medicilor de familie raportate de CNAS indică un nivel semnificativ mai ridicat, de aproximativ **4,3 milioane de persoane**, diferența fiind explicată parțial prin populația plecată din țară, dar care nu este actualizată în registrele oficiale.

Un aspect relevant este structura demografică a acestei categorii: **peste 95% dintre neasigurați au vârsta sub 60 de ani**, ceea ce indică faptul că fenomenul afectează predominant populația activă.

Comparativ cu anul 2024, numărul neasiguraților a **crescut cu 511.144 persoane**, evoluție care poate fi corelată direct cu modificările introduse prin Legea 141/2025. Cu toate acestea, din datele disponibile nu se poate determina cu exactitate traseul celor aproximativ **718.000 de persoane** care au pierdut calitatea de asigurat în urma acestei legi.

Efectele mecanismelor introduse au fost limitate. Dintre foștii coasigurați, doar **30.110 persoane (aproximativ 4,6%)** au optat pentru plata contribuției și au redevenit asigurați în această formă. Per total, în anul 2025, **327.351 persoane** au ales să plătească CASS din fonduri proprii, în creștere cu **120.264 persoane** față de anul precedent.

În contextul existenței unui număr ridicat de categorii sociale protejate prin exceptare de la plata contribuției, rezultă că majoritatea neasiguraților nu aparțin categoriilor vulnerabile, ci sunt persoane active care:

- desfășoară activități fără forme legale;
- utilizează structuri juridice pentru a evita plata contribuțiilor sociale.

Un factor important îl reprezintă existența unui mecanism relativ facil de asigurare voluntară. Plata unei contribuții de **2.430 RON/an** permite dobândirea rapidă a calității de asigurat, fără obligația plății retroactive și fără bariere administrative semnificative. Acest mecanism reduce presiunea de a contribui constant la sistem, încurajând comportamente oportuniste.

Numărul ridicat de neasigurați reprezintă o problemă reală pentru sistemul de sănătate. Deși aceștia beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale în medicina primară (extins începând cu 2022), impactul financiar al acestuia este limitat. În practică însă, neasigurații accesează frecvent serviciile de urgență, contribuind la aglomerarea acestora. În plus, aceștia suportă din fonduri proprii costurile serviciilor medicale, ceea ce contribuie la nivelul ridicat al plăților directe din buzunar (**OOP >30%**).

Eliminarea excepției pentru coasigurați (soț/soție/părinți fără venituri) este discutabilă, în condițiile în care sisteme comparabile, precum cel german, mențin această categorie în cadrul asigurării prin mecanisme de coasigurare familială. În România, majoritatea coasiguraților au devenit neasigurați în urma aplicării Legii 141/2025.

În acest context, mecanismul de asigurare voluntară nu a produs efectele anticipate, în absența unui caracter obligatoriu. O posibilă direcție de reformă o reprezintă introducerea **asigurării obligatorii pentru întreaga populație**, similar modelelor din Germania, Franța sau Olanda, inclusiv prin instituirea unui CASS minimal obligatoriu pentru persoanele fără venituri declarate și care nu se încadrează în categoriile exceptate.

În schimb, mecanismul de **reținere la sursă a contribuției** pentru anumite categorii s-a dovedit mai eficient, contribuind la menținerea acestora în sistem și la extinderea bazei de contributivitate.

Într-un sistem funcțional de asigurări sociale de sănătate, protecția categoriilor vulnerabile ar trebui realizată în principal prin finanțare din alte surse bugetare, și nu prin exceptarea de la plata contribuției. În acest sens, reintroducerea conceptului de „**asigurați cu plata din alte surse bugetare**” ar putea reprezenta o soluție pentru consolidarea sustenabilității sistemului.

Există și situații necorelate în actuala arhitectură. De exemplu, **14.468 de persoane private de libertate** au rămas în categoria asiguraților exceptați, în condițiile în care CNAS decontează anual servicii medicale în valoare de aproximativ **75–100 milioane RON** pentru spitalele penitenciare. În acest caz, transferul responsabilității de plată a contribuției către Ministerul Justiției ar putea reprezenta o soluție de echilibrare.

În ceea ce privește veniturile independente, stabilirea plafonului de contributivitate la **72 de salarii minime brute/an** (începând cu 2026) conduce la un nivel de aproximativ **300.000 RON/an (~60.000 euro)**, practic aliniat cu plafonul superior existent în Germania (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Totuși, acest nivel trebuie analizat în context: raportat la venitul mediu din România, plafonul este **extrem de ridicat**, semnificativ mai împovăraător relativ decât în economia germană.

În același timp, o diferență esențială de arhitectură a sistemului este faptul că, în Germania, acest plafon superior se aplică **tuturor categoriilor de contributori**, inclusiv salariaților. În România, în schimb, **salariații nu beneficiază de un plafon superior de contributivitate**, ceea ce face ca persoanele cu venituri salariale foarte mari să contribuie la sistemul de sănătate cu sume mai mari decât orice contribuabil din Germania.

Această situație ridică două probleme de echitate și sustenabilitate. Pe de o parte, se creează un tratament diferențiat între tipurile de venituri (independente vs. salariale). Pe de altă parte, principiul solidarității, deși fundamental pentru sistem, **nu poate fi nelimitat** – în absența unui plafon superior, contribuția devine disproporționată pentru anumite categorii.

În acest context, apare justificată atât **introducerea unui plafon superior și pentru veniturile salariale**, cât și o posibilă **reevaluare a nivelului actual de 72 de salarii minime** pentru veniturile independente, un prag de **60 de salarii minime** fiind mai echilibrat și mai apropiat de realitățile economice.

Este important de subliniat că **CASS nu reprezintă un impozit**, ci o contribuție destinată finanțării serviciilor de sănătate.

În acest context, ideea frecvent invocată conform căreia „pensionarii au contribuit deja” nu este aplicabilă în cazul CASS. Spre deosebire de contribuțiile sociale pentru pensii (CAS), care au un caracter acumulativ și se bazează pe un contract între generații, contribuțiile de sănătate au un caracter **curent**, fiind destinate acoperirii riscului imediat de boală și necreând drepturi viitoare.

Prin urmare, pensionarii nu au un „drept câștigat” la scutirea de CASS, în condițiile în care reprezintă una dintre principalele categorii beneficiare ale sistemului. Aplicarea unui plafon de **3.000 RON** pentru contribuția pensionarilor, introdus în 2025, a redus baza de contributori cu aproximativ **3 milioane de persoane** și a generat o **inechitate** în raport cu salariații cu venituri similare.

De exemplu, pentru obținerea unui venit net de aproximativ **3.850 RON**, un salariat trebuie să aibă un salariu brut de aproximativ **6.581 RON**, fiind supus integral contribuțiilor sociale, inclusiv CASS, ceea ce evidențiază diferențele de tratament fiscal între categorii de venituri.

Introducerea pensionarilor în baza de plată a CASS prin Legea 141/2025 a reprezentat o măsură firească și necesară, întrucât contribuția la sănătate nu are caracter acumulativ, ci finanțează consumul curent de servicii medicale, iar accesul la sistem trebuie susținut de o participare cât mai largă la finanțare.

Totuși, măsura a fost implementată **doar parțial**, prin introducerea plafonului de **3.000 RON**, ceea ce a condus la menținerea în afara bazei de contributori a milioane de pensionari cu venituri sub acest prag. În același timp, pensionarii cu venituri peste 3.000 RON contribuie **doar pentru suma care depășește plafonul**, ceea ce generează o **inechitate evidentă** în raport cu salariații.

Diferența devine clară în cazul unor venituri similare. Pentru o pensie de **4.050 RON**, contribuția CASS se aplică doar la diferența de 1.050 RON peste plafon, rezultând o contribuție de aproximativ **105 RON**. În schimb, pentru un salariu brut de **4.050 RON** (salariul minim pe economie), contribuția CASS se aplică la întreaga bază, fiind de aproximativ **375 RON**, la care

se adaugă și celelalte contribuții sociale și impozitul pe venit, rezultând un venit net de aproximativ **2.574 RON**.

Astfel, pentru același nivel al venitului brut, **salariații contribuie de peste 3 ori mai mult la sănătate decât pensionarii**, ceea ce evidențiază o diferență semnificativă de tratament fiscal între categorii și o limitare a principiului de echitate în cadrul sistemului.

I.2 Cota CASS

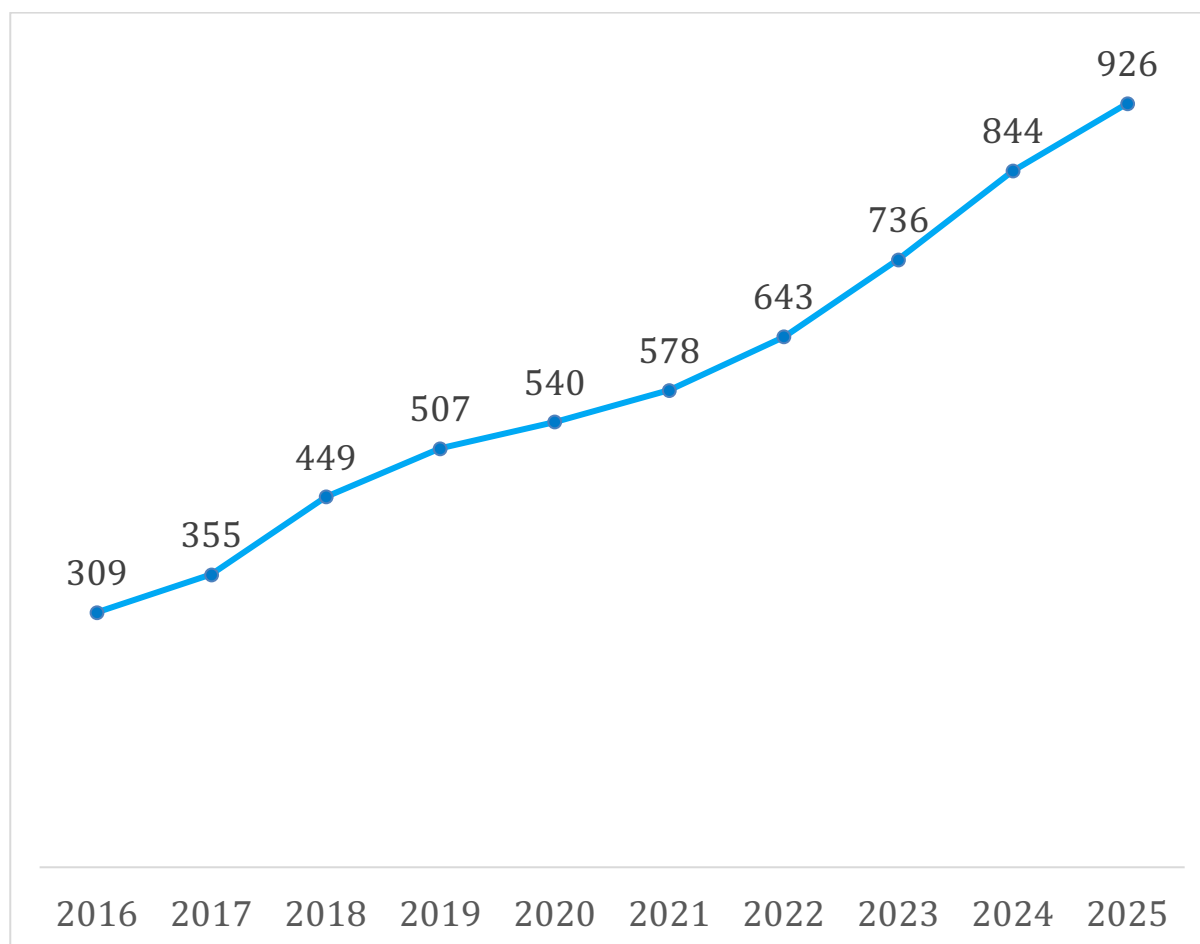


Figura 5. Evoluția CASS lunară calculată la salariul mediu pe economie (RON).

Sursa: compilat din datele INS .

Tabelul 4. Contribuția pentru asigurări sociale de sănătate (CASS)

Anul / CASS	Salariu mediu brut lunar (RON)	Contribuția medie lunară (RON)	Contribuția medie anuală (RON)
2016 (10,7%)	2.887	309	3.707
2017 (10,7%)	3.314	355	4.255
2018 (10%)	4.488	449	5.386
2019 (10%)	5.073	507	6.088
2020 (10%)	5.396	540	6.475
2021 (10%)	5.779	578	6.935
2022 (10%)	6.430	643	7.716
2023 (10%)	7.364	736	8.837
2024 (10%)	8.439	844	10.127
2025 (10%)	9.255	926	11.106

Sursa datelor: Tabel compilat din date publice INS

În prezent, **CASS = 10% din salariul brut**, contribuție aflată exclusiv în sarcina angajatului. Deși aparent mai redusă decât nivelul anterior de **10,7% (5,2% angajat + 5,5% angajator)**, această cotă este, în realitate, aplicată unei baze de calcul majorate artificial în urma „revoluției fiscale” din 2018, când salariul brut a crescut în medie cu aproximativ **22%**. În consecință, efortul real de contribuție nu a scăzut, ci a rămas comparabil sau chiar mai ridicat.

Tabelul următor sintetizează evoluția salariului mediu brut și a contribuției medii la CASS în perioada 2016–2025.

Figura ilustrează creșterea constantă a contribuției lunare calculate la salariul mediu brut, evidențiind dependența directă de dinamica veniturilor salariale.

O analiză comparativă a sistemelor de asigurări de sănătate din Europa evidențiază diferențe semnificative atât în nivelul, cât și în structura contribuțiilor (MISSOC, 2025):

- **Germania** – 7,3% angajat + 7,3% angajator = 14,6%, la care se adaugă în medie ~1,1% suplimentar → aproximativ **15,7%**
- **Croația** – 15% suportat integral de angajator
- **Cehia** – 4,5% angajat + 9% angajator = **13,5%**
- **Slovacia** – 4% angajat + 10% angajator = **14%**
- **Slovenia** – 6,36% angajat + 6,56% angajator = **12,92%**
- **Polonia** – 9% suportat de angajat
- **Ungaria** – 7% angajat, însă o parte importantă din contribuțiile angajatorului (18%) este direcționată către sistemul de sănătate

În cazul României, cota oficială de **10% aplicată salariului brut, exclusiv în sarcina angajatului**, nu este direct comparabilă cu sistemele în care contribuția este împărțită între angajat și angajator. Ajustând pentru această diferență de structură (inclusiv efectul transferului contribuțiilor din 2018), nivelul efectiv devine aproximativ echivalent cu **≈12,2% din salariul brut** într-un sistem cu contribuții defalcate.

Chiar și în aceste condiții, România se menține **în zona inferioară a contribuțiilor la nivel european**, ceea ce indică faptul că subfinanțarea sistemului nu este doar o problemă de eficiență, ci și una de nivel relativ redus al resurselor colectate.

I.3 Veniturile FNUASS din contribuții (RON)

Veniturile FNUASS din CASS au înregistrat o creștere constantă pe parcursul perioadei analizate, cu un ritm mediu de aproximativ 15% anual. După creșterea record de 36% din 2024 față de 2023, dinamica s-a menținut ridicată și în 2025, când veniturile au crescut cu aproximativ 14% față de 2024.

Per ansamblu, în perioada analizată, veniturile din CASS au înregistrat o creștere totală de 228% față de nivelul din 2016.

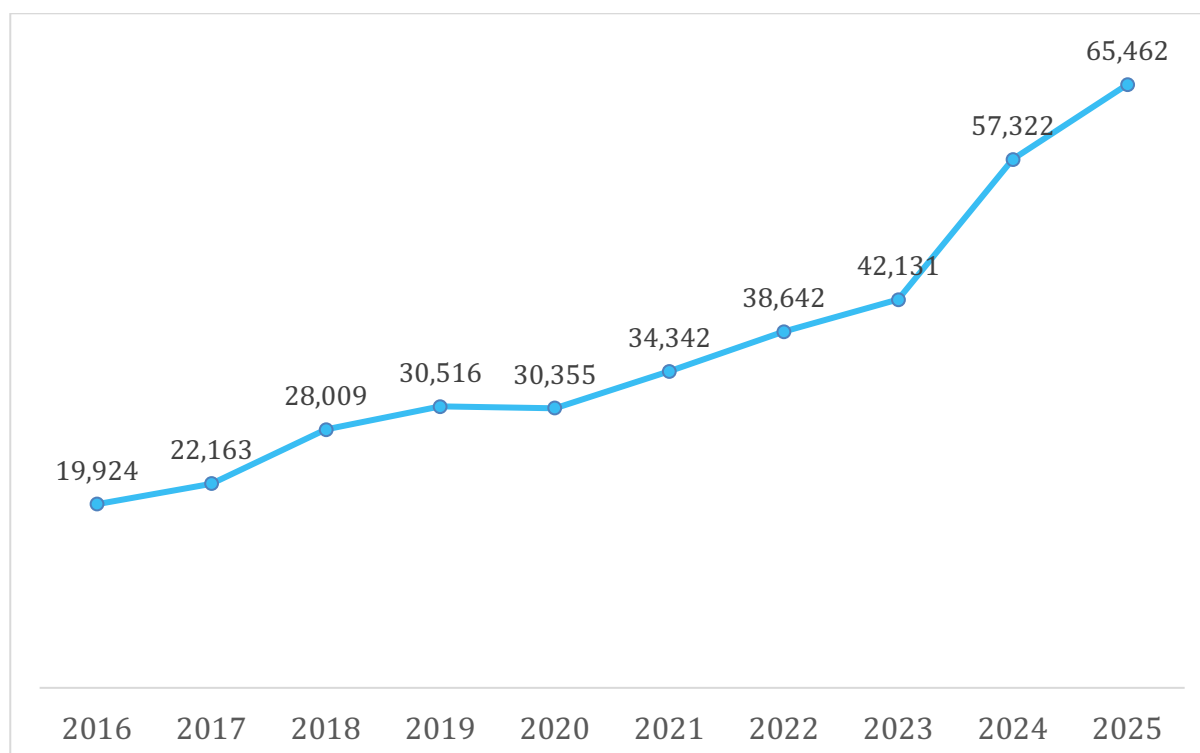


Figura 6. Evoluția veniturilor FNUASS din CASS (2016–2025)

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor Publice – Execuția FNUASS

Creșterea veniturilor FNUASS din CASS a fost determinată de un cumul de factori economici și legislative, dintre care în ordinea importanței și impactului enumerăm:

1. creșterea anuală a salariului mediu brut
2. stabilirea CASS la 10% în sarcina angajatului (2018) – echivalent ~12,2% în sistem comparabil
3. eliminarea unor categorii de salariați exceptate (2023)
4. aplicarea CASS asupra concediilor medicale (2024)
5. creșterea plafoanelor pentru veniturile non-salariale (2022–2025)
6. introducerea reținerii la sursă pentru anumite categorii (2025)
7. creșterea numărului de persoane care optează voluntar pentru plata contribuției

Un impact semnificativ l-a avut aplicarea Legii 141/2025, care, în doar 5 luni (august–decembrie), a generat venituri suplimentare de peste 2,16 miliarde RON. Cea mai mare parte a acestei sume a provenit din contribuția pensionarilor (aproximativ 1,84 miliarde RON), la care s-au adăugat contribuțiile din alte surse bugetare (301 milioane RON) și contribuțiile voluntare (31,7 milioane RON).

În același timp, veniturile din CASS aferente persoanelor fizice autorizate au crescut semnificativ, ajungând la aproximativ 3,2 miliarde RON, comparativ cu circa 900 milioane RON în 2022, evoluție explicată direct de creșterea plafoanelor de contributivitate pentru această categorie.

În continuare însă, FNUASS se bazează covârșitor pe contribuțiile salariaților, care generează aproximativ **60 miliarde RON**, reprezentând **92,3% din totalul veniturilor**. Această dependență ridicată evidențiază dezechilibrul structural al sistemului, în care finanțarea este susținută în principal de o singură categorie de contribuabili, în timp ce alte surse au o contribuție marginală.

Tabel 5. Venituri potențiale din CASS pentru pensionari – scenariu fără plafon

Categoria de pensionari	Bază impozabilă (RON)	Venituri CASS (RON)	Nr. plătitori
Asigurări de stat	150.232.496.148	15.023.249.615	4.686.479
Veterani	332.053.992	33.205.399	29.543
Pensii de serviciu (diplomați, magistrați, procurori, aviație)	2.321.375.028	232.137.503	11.723
Pensii militare	14.735.509.000	1.473.550.900	195.843
TOTAL	167.621.434.168	16.762.143.417	4.923.588

Sursa datelor: Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori

Pentru a evalua impactul real al introducerii plafonului de 3.000 RON asupra contribuției de asigurări sociale de sănătate aplicate pensiilor, am realizat o simulare pe baza datelor furnizate de Ministerul Muncii și Solidarității Sociale. Analiza compară două scenarii: unul teoretic, în care nu ar exista plafon și întreaga valoare a pensiilor ar fi supusă contribuției, și scenariul actual, în care CASS se aplică doar asupra părții din pensie care depășește pragul de 3.000 RON. Diferența dintre cele două evidențiază impactul fiscal al acestei măsuri asupra veniturilor FNUASS și asupra numărului de contribuabili.

Tabel 6. Venituri efective din CASS pentru pensionari – scenariu actual (plafon 3.000 RON)

Categoria de pensionari	Bază impozabilă (RON)	Venituri CASS (RON)	Nr. plătitori
Asigurări de stat	27.994.210.512	2.799.421.051	1.776.668
Veterani	8.623.500	862.350	549
Pensii de serviciu (diplomați, magistrați, procurori, aviație)	1.899.347.028	189.934.703	11.723
Pensii militare	7.938.742.333	793.874.233	171.864
TOTAL	37.840.923.373	3.784.092.337	1.960.804

Sursa datelor: Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori

Tabel 7. Impactul plafonului de 3.000 RON asupra veniturilor din CASS

Indicator	Valoare
Reducere bază impozabilă	129.780.510.795 RON
Venituri neîncasate din CASS	12.978.051.080 RON
Pensionari exceptați de la plată	2.962.784 persoane

Sursa datelor: Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, date prelucrate și compilate de autori

Această structură permite o comparație directă între potențialul teoretic de colectare și situația actuală, evidențiind impactul semnificativ al plafonului asupra sustenabilității financiare a sistemului.

Rezultatele simulării evidențiază clar impactul introducerii plafonului de 3.000 RON asupra bazei de contribuție și a veniturilor FNUASS din pensii. Astfel, doar aproximativ **1,96 milioane de pensionari** au devenit efectiv contributory, în timp ce circa **3 milioane de pensionari** au rămas în continuare exceptați de la plata CASS pentru veniturile din pensii.

Această limitare a bazei de impozitare se reflectă direct în nivelul veniturilor colectate: aproximativ **13 miliarde RON** rămân anual neîncasate la nivelul FNUASS din această sursă. În aceste condiții, veniturile efective din CASS aferente pensiilor sunt estimate la aproximativ **4 miliarde RON anual**.

Raportat la numărul de contributori, rezultă că un pensionar plătește în medie aproximativ **2.000 RON/an** sub formă de CASS, o valoare inferioară contribuției minime anuale (≈ 2.370 – 2.430 RON), ceea ce evidențiază încă o dată caracterul limitat al acestei măsuri din perspectiva echității și a sustenabilității financiare.

Măsurile fiscale adoptate au dus, fără îndoială, la extinderea bazei de contributivitate, însă aceasta rămâne în continuare redusă – în scenariul optimist, aproximativ **50,75% din populație**. În plus, dintre aceștia, circa **2 milioane de pensionari cu pensii peste 3.000 RON contribuie doar parțial**, ceea ce limitează și mai mult baza efectivă de impozitare.

Comparativ, în sisteme precum cel german, baza de contribuție acoperă aproximativ **80% din populație (Blümel et al., 2020)**. În același timp, cota CASS din România se situează printre cele mai reduse din Europa, iar salariul mediu brut este, de asemenea, printre cele mai mici.

În aceste condiții, veniturile din CASS provin dintr-o combinație de factori nefavorabili: **cea mai mică cotă, aplicată asupra unei baze restrânse și la un nivel salarial redus** – ceea ce explică nivelul scăzut al încasărilor în termeni comparativi cu țările dezvoltate din Europa.

În acest context, atingerea unui echilibru real și sustenabil între contributori și beneficiari presupune continuarea reformelor, inclusiv prin măsuri care pot fi dificil de acceptat din punct de vedere social.

II. Veniturile din taxele clawback

În sistemul de sănătate din România, taxa clawback reprezintă un mecanism de tip cost-sharing prin care producătorii de medicamente contribuie la finanțarea cheltuielilor publice cu medicamentele compensate, fiind instituită prin OUG nr. 77/2011, cu modificările ulterioare. Deși actul normativ nu utilizează explicit această denumire, termenul „clawback” a fost consacrat în practică de industria farmaceutică și este utilizat pe scară largă. În realitate, nu există o singură taxă, ci două tipuri distincte de contribuții:

- contribuții aplicate medicamentelor necondiționate;

- contribuții aferente medicamentelor condiționate (contracte cost-volum și cost-volum-rezultat), stabilite prin negociere directă cu CNAS, cunoscute în practică și sub denumirea de **payback**.

Până în anul 2020, taxa clawback pentru medicamentele necondiționate se calcula trimestrial pe baza formulei:

$p = (C - BAT) / BAT \times 100$, unde:

- C reprezenta valoarea totală a consumului de medicamente;
- **BAT (Bugetul Aprobabil Trimestrial)** reprezenta nivelul de referință al cheltuielilor cu medicamentele stabilit de autorități pentru fiecare trimestru, utilizat ca prag în calculul taxei clawback. Practic, BAT definea limita până la care consumul de medicamente era acoperit din bugetul public, iar orice depășire a acestui plafon era transferată către producătorii de medicamente prin intermediul taxei clawback.

BAT a rămas relativ rigid în timp:

- 1,515 miliarde lei (T4 2011 – T3 2018)
- 1,595 miliarde lei (T4 2018 – T3 2019)
- 1,668 miliarde lei (T4 2019)

Această rigiditate a determinat transferarea integrală a creșterilor de consum către industria farmaceutică, fără impact direct asupra FNUASS. Baza de calcul a taxei include:

- medicamente retail (compensate total sau parțial);
- medicamente utilizate în spitale (programe naționale, DRG, spitalizare de zi, UPU, pacienți critici);
- medicamente pentru dializă.

Valoarea consumului este calculată la preț de farmacie (fără TVA), dar include adaosurile distribuitorilor (10–14%) și ale farmaciilor (14–24%). În același timp, includerea medicamentelor utilizate în spitale conduce la o supraestimare a bazei de calcul, deoarece o parte dintre acestea nu sunt decontate direct de CNAS, iar mecanismul integrează indirect și TVA-ul (9%), nerecuperabil.

Pe fondul creșterii continue a consumului de medicamente (introducerea de molecule noi și extinderea accesului la tratamente), nivelul taxei clawback a crescut semnificativ, ajungând în T4 2019 la valori considerate nesustenabile, cu estimări de depășire a pragului de 30% în 2020.

În urma negocierilor cu industria, începând cu T2 2020, mecanismul a fost modificat:

- inițial:
 - 25% pentru medicamente inovative
 - 20% pentru medicamente generice
 - 15% pentru generice produse în România
- ulterior (după decizia de neconstituționalitate):
 - 25% pentru medicamente inovative
 - 15% pentru medicamente generice

Această modificare a schimbat fundamental logica mecanismului și, implicit, distribuția riscului financiar:

- anterior: creșterea consumului de medicamente era suportată integral de industria farmaceutică, fără impact direct asupra bugetului public;
- în prezent: creșterea consumului se reflectă direct în majorarea cheltuielilor FNUASS, chiar dacă veniturile din clawback cresc în paralel, ceea ce **expune în mod direct bugetul CNAS la riscul de depășire a cheltuielilor și la creșteri anuale ale cheltuielilor cu medicamentele.**

În cazul medicamentelor condiționate (contracte cost-volum și cost-volum-rezultat), mecanismul este diferit și mult mai flexibil, fiind bazat pe negociere directă între CNAS și producătorii de medicamente:

- nivelul contribuțiilor (payback) este stabilit individual, în funcție de volumul estimat de consum, prețul medicamentului și, după caz, rezultatele clinice asumate;
- procente efective de contribuție sunt, în general, semnificativ mai ridicate decât cele aplicate medicamentelor necondiționate, tocmai pentru a limita impactul bugetar al terapiilor inovative, de regulă costisitoare;
- aceste valori nu sunt publice, fiind considerate informații comerciale confidențiale, ceea ce limitează transparența și face dificilă evaluarea exactă a contribuției reale a industriei farmaceutice.

Din punct de vedere conceptual, există două tipuri principale de contracte:

- **contractele cost-volum** presupun stabilirea unui volum estimat de pacienți sau tratamente pentru o anumită perioadă, la un cost negociat. Dacă volumul real depășește nivelul convenit, diferența este suportată parțial sau integral de producător, sub formă de contribuție (discount/payback);
- **contractele cost-volum-rezultat** introduc un element suplimentar de performanță: plata este condiționată de atingerea unor rezultate clinice definite (de exemplu, răspuns la tratament, supraviețuire, progresie a bolii). În cazul în care rezultatele nu sunt atinse, producătorul suportă integral sau parțial costul tratamentului.

Aceste mecanisme sunt utilizate în special pentru medicamente inovative, cu costuri ridicate, permițând accesul pacienților la terapii moderne, dar în același timp transferând o parte din riscul financiar și terapeutic către producători.

Veniturile FNUASS din taxele clawback sunt reflectate separat pentru medicamentele condiționate și necondiționate în bugetul CNAS. Pentru simplitate, analiza de față utilizează veniturile totale agregate.

În perioada 2016–2019, pe baza vechii formule de calcul, se observă o creștere susținută a veniturilor, de la 1,35 miliarde RON la 3,79 miliarde RON, ceea ce corespunde unei creșteri medii anuale de aproximativ **41%**.

În intervalul 2020–2022, după modificarea mecanismului de calcul și pe fondul pandemiei COVID-19, veniturile intră într-o fază de stagnare și ușoară scădere:

- 2020: 3,58 miliarde RON (**-5,7%** față de 2019)
- 2021: 3,58 miliarde RON (stagnare)
- 2022: 3,35 miliarde RON (**-6,5%** față de 2021)

Începând cu 2023, trendul se inversează puternic, pe fondul reluării și accelerării consumului de medicamente:

- **2023:** 4,49 miliarde RON (**+34%** față de 2022)
- **2024:** 5,14 miliarde RON (**+14,6%** față de 2023)
- **2025:** 6,00 miliarde RON (**+16,7%** față de 2024)

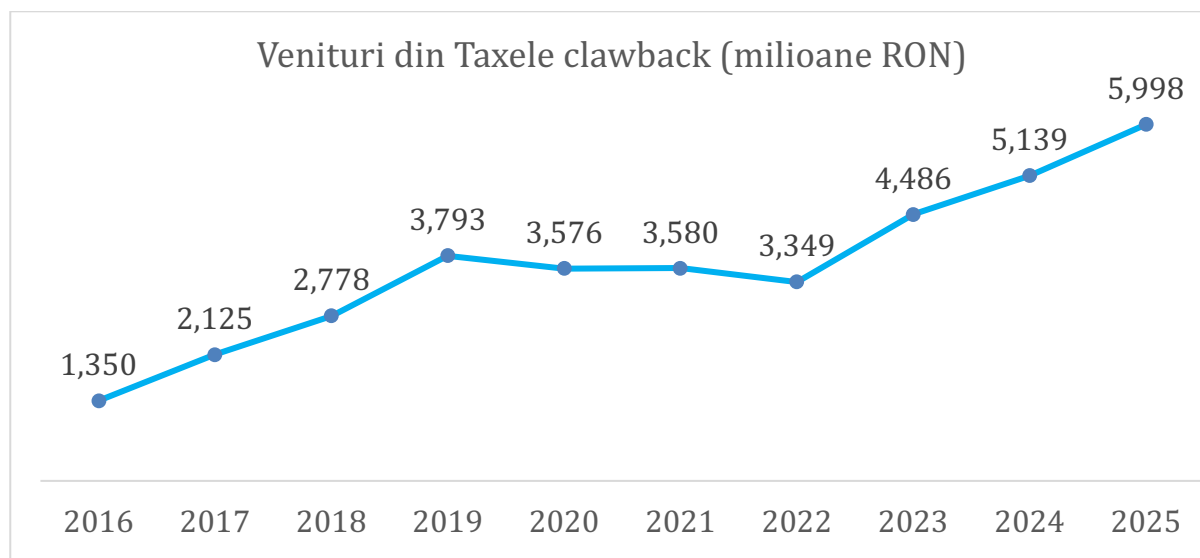


Figura 7. Evoluția veniturilor FNUASS din taxele clawback

Sursa datelor: MFP – Execuția FNUASS

Pe întreaga perioadă analizată (2016–2025), veniturile din clawback au crescut de peste **4,4 ori** (aproximativ **+344%**), evoluție determinată în principal de creșterea continuă a consumului de medicamente.

Această dinamică trebuie însă interpretată cu prudență. Deși creșterea veniturilor din clawback poate sugera o consolidare a finanțării FNUASS, în realitate ea reflectă în mare măsură **presiunea tot mai mare a cheltuielilor cu medicamentele**. După modificările din 2020, mecanismul nu mai transferă integral riscul către industrie, astfel încât creșterea veniturilor este însoțită simultan de **creșteri semnificative ale cheltuielilor FNUASS**, impactul net asupra bugetului fiind vizibil în principal pe partea de cheltuieli.

Pentru anul 2025, structura veniturilor din taxele clawback evidențiază o împărțire clară între cele două componente majore ale mecanismului:

- **Venituri din contribuția datorată pentru medicamentele necondiționate** (finanțate din FNUASS și din bugetul Ministerului Sănătății): **3.851.045.615 RON**
- **Venituri din contribuția aferentă contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat:** **2.146.668.661 RON**

Raportat la totalul de aproximativ 6 miliarde RON în 2025, rezultă că:

- aproximativ **64,2%** din venituri provin din medicamentele necondiționate;
- aproximativ **35,8%** provin din mecanismele de tip cost-volum / cost-volum-rezultat (payback negociat).

Această distribuție arată că, deși mecanismele negociate pentru medicamentele inovative au o contribuție semnificativă la veniturile FNUASS, **componenta principală rămâne în continuare taxa aplicată consumului general de medicamente**, ceea ce confirmă dependența sistemului de volumul total al consumului, mai degrabă decât de mecanismele selective de control al costurilor.

În ceea ce privește gradul de execuție al veniturilor din taxa clawback, respectiv raportul dintre realizările anuale și programul inițial, ilustrat în figura 8, se remarcă valori supraunitare pe întreaga perioadă analizată (2019–2025), ceea ce sugerează o subestimare sistematică la momentul elaborării bugetului.

În perioada 2019–2022, gradul de execuție s-a situat relativ constant în intervalul **104%–113%**, indicând deviații moderate între planificare și execuție. Anul 2023 iese însă în evidență, cu un nivel de **139%**, ceea ce reflectă încasări cu aproximativ **40% peste programul inițial**. Această evoluție a fost determinată de creșterea semnificativă a consumului de medicamente compensate, care s-a reflectat direct în veniturile returnate de producători prin mecanismul clawback.

În anii următori se observă o **menținere a unui nivel ridicat al supraexecuției**, deși în ușoară scădere față de vârful din 2023:

- în **2024**, gradul de execuție este de aproximativ **130%**;
- în **2025**, acesta se situează la **125%**.

Aceste valori confirmă faptul că, deși nivelul excepțional din 2023 nu s-a mai repetat, **veniturile din taxa clawback continuă să depășească semnificativ estimările bugetare**, indicând fie o persistență a consumului ridicat de medicamente, fie o calibrare insuficientă a programării bugetare.

În ansamblu, evoluția din perioada 2023–2025 sugerează o **stabilizare la un nivel ridicat a veniturilor din clawback**, dar și menținerea unui decalaj consistent între planificare și execuție, ceea ce ridică semne de întrebare privind acuratețea estimărilor bugetare și predictibilitatea acestui tip de venituri.

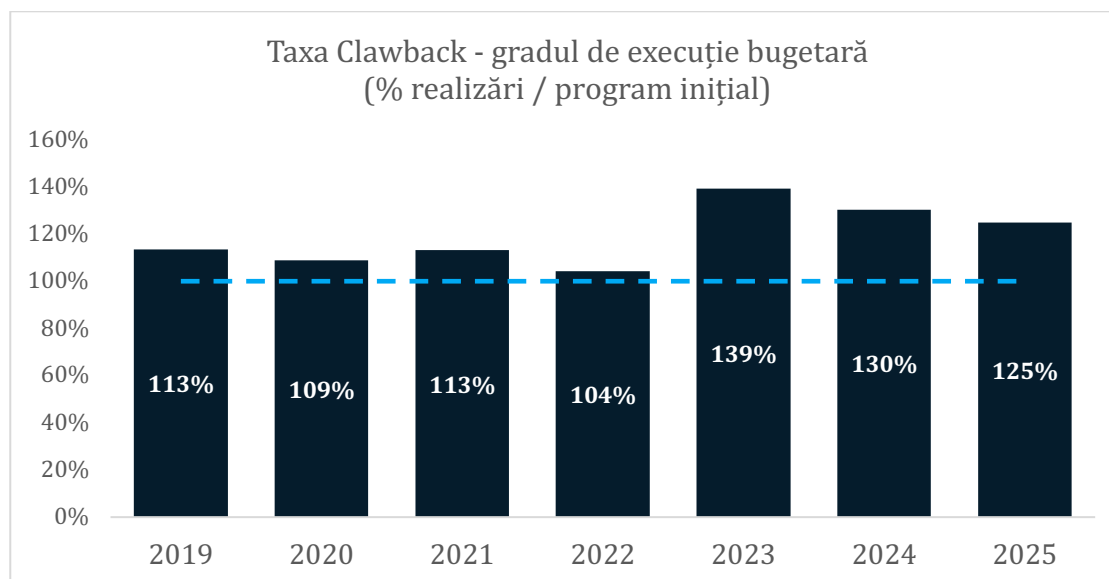


Figura 8. Gradul de execuție al veniturilor din taxa clawback, 2019-2025

Sursa datelor: MFP – Execuția FNUASS.

III. Veniturile din Subvenții

Subvențiile FNUASS de la bugetul de stat sunt alocate prin capitolul „Transferuri între unități ale administrației publice” din bugetul Ministerului Sănătății și se împart în două categorii principale:

- **venituri din subvenții de la bugetul de stat pentru echilibrare**, destinate acoperirii deficitului și asigurării funcționării curente a sistemului;
- **venituri din subvenții pentru anumite categorii de cheltuieli**, reprezentând finanțări țintite, stabilite prin legislație, dar gestionate prin FNUASS.

Evoluția acestor venituri evidențiază o dependență structurală tot mai accentuată de finanțarea de la bugetul de stat. Subvențiile totale au crescut de la aproximativ **1,94 miliarde lei în 2018** la un vârf de **8,94 miliarde lei în 2023**, ceea ce reprezintă o creștere de peste **4,6 ori** în doar cinci ani.

Componenta dominantă este reprezentată de subvențiile de echilibrare, care au crescut constant până în 2023:

- 2018: 1,73 miliarde lei
- 2020: 6,85 miliarde lei
- 2021: 7,55 miliarde lei

- 2023: 7,75 miliarde lei (+13,2% față de 2022)

Această evoluție reflectă **presiunea tot mai mare asupra bugetului FNUASS**, generată de creșterea cheltuielilor și de limitările bazei de contributivitate.

Anul 2024 marchează însă o scădere semnificativă a subvențiilor totale la **5,59 miliarde lei (-37,5% față de 2023)**, determinată în principal de reducerea subvențiilor de echilibrare (3,71 miliarde lei).

În 2025 se observă o revenire parțială la **6,40 miliarde lei (+14,6% față de 2024)**, fără a atinge însă nivelul maxim din 2023.

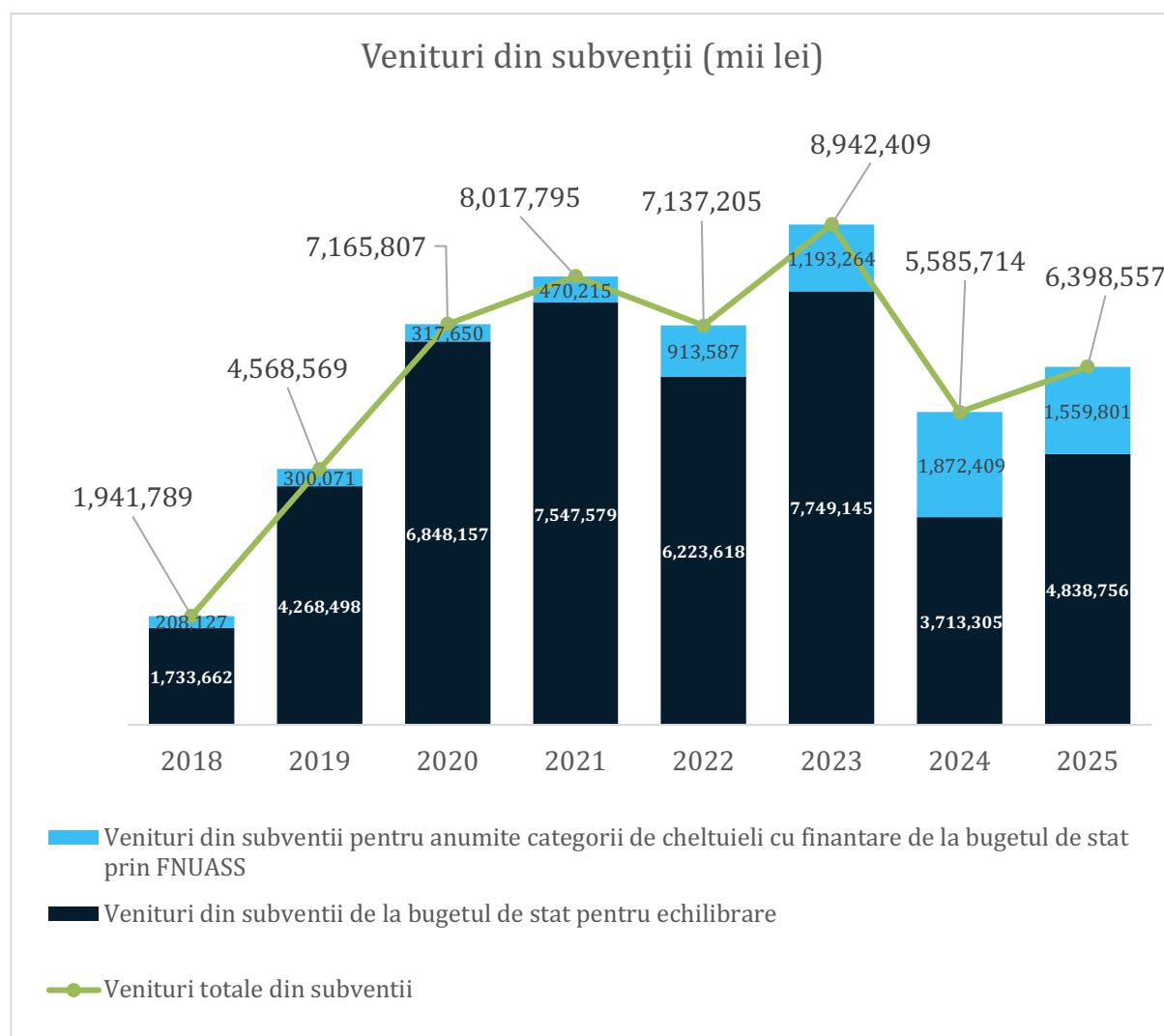


Figura 9. Evoluția veniturilor FNUASS din subvenții de la bugetul de stat

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor

Veniturile FNUASS din subvenții de la bugetul de stat (prin bugetul Ministerului Sănătății) au intrat pe un trend descendent odată cu aplicarea măsurilor fiscale de reechilibrare, semnalând

o reducere a dependenței de finanțarea directă din bugetul central. Conform proiectului de buget pentru anul 2026, **subvențiile de echilibrare sunt estimate la 0 RON**, ceea ce marchează o schimbare majoră de abordare în finanțarea sistemului. Pentru moment, aceste măsuri par să fi condus la o stabilizare a FNUASS, însă această „echilibrare” trebuie interpretată în context: ea este realizată în principal prin **înghețarea sau chiar reducerea majorității categoriilor de cheltuieli în 2026**, și nu exclusiv printr-o creștere structurală a veniturilor.

În paralel, începând cu anul 2022, crește vizibil componenta subvențiilor destinate unor categorii specifice de cheltuieli:

- 2022: 913 milioane lei
- 2023: 1,19 miliarde lei
- 2024: 1,87 miliarde lei
- 2025: 1,56 miliarde lei

Această creștere este determinată de introducerea și extinderea unor cheltuieli finanțate de la bugetul de stat prin FNUASS, precum:

- suplimentarea alocației de hrană pentru pacienții din spitalele publice;
- indemnizații pentru cadrele medicale universitare;
- vouchere de vacanță pentru personalul medical;
- decontarea serviciilor medicale pentru pacienții proveniți din Ucraina.
- decontarea serviciilor din pachetul minimal pentru neasigurați;

În Tabelul 8 se observă o creștere importantă a subvențiilor de la bugetul de stat pentru alte destinații decât echilibrarea în anul 2024, urmată de o ajustare în 2025. Astfel, totalul crește de la 1,19 miliarde RON în 2023 la 1,87 miliarde RON în 2024, pentru ca ulterior să scadă la 1,56 miliarde RON în 2025, evoluție determinată în principal de modificări punctuale ale unor categorii de cheltuieli.

Tabel 8. Subvenții de la bugetul de stat, altele decât cele pentru echilibrare

	2023	2024	2025
Alocația de HRANĂ din unitățile sanitare cu paturi publice	499.997.098	632.712.890	578.826.501
Centre de permanență	164.158.490	213.184.023	185.548.809
Contributia personala pentru medicamentele acordate in tratamentul ambulatoriu persoanelor care beneficiaza de OUG 96/2024		475.659	642.693
Medicamente compensate 90% (40% FNUASS) pentru pensionarii cu pensii sub 1830 RON	123.439.655	197.013.536	150.567.668
Indemnizație integrare clinică, cadre medicale universitare	176.502.563	237.238.930	214.169.982
Vouchere de vacanță, personal încadrat în unitățile sanitare publice	156.611.283	237.953.617	70.932.556
Monitorizare, Testare, personal contractual COVID-19	35.019.781	10.920.414	5.623.191
Acordarea de sprijin și asistență umanitară cetățenilor străini	34.523.985	40.424.315	79.772.171
Vaccinuri compensate	1.384.355	298.537.803	269.350.343
Eliminare a medicamentelor expirate și/sau neutilizate		35.538	162.117
Pachetul minimal de servicii în asistența primară pentru NEASIGURAȚI	1.627.140	3.941.425	4.205.508
TOTAL	1.193.264.350	1.872.438.148	1.559.801.538

Sursa datelor: CNAS.

Creșterea din 2024 este susținută de mai multe componente. Se remarcă în special:

- majorarea alocației de hrană în unitățile sanitare cu paturi publice (+26% față de 2023)
- creșterea finanțării pentru centrele de permanență și pentru indemnizațiile de integrare clinică ale cadrelor universitare;
- introducerea și extinderea vaccinurilor compensate, care ajung la aproape 300 milioane RON în 2024, după valori marginale în 2023, ca urmare a introducerii acestui mecanism la finalul anului 2023.

În anul 2025 se observă o reșezare a structurii acestor subvenții:

- unele componente rămân la niveluri ridicate (de exemplu, vaccinurile compensate – 269 milioane RON, respectiv alocația de hrană);
- altele înregistrează scăderi semnificative, cea mai vizibilă fiind la voucherele de vacanță (de la 238 milioane RON în 2024 la 71 milioane RON în 2025), evoluție explicată de modificarea cadrului legislativ de acordare, care a restrâns eligibilitatea și modul de finanțare;
- cheltuielile legate de pandemia COVID-19 continuă să se diminueze, devenind marginale în 2025.

Un element frecvent dezbătut în spațiul public îl reprezintă costurile pentru cetățenii străini (în principal refugiați ucraineni). Datele din tabel arată într-adevăr o creștere a acestor cheltuieli, de la 34,5 milioane RON în 2023 la 79,8 milioane RON în 2025, însă nivelul rămâne relativ redus în ansamblul bugetului, sub 5% din totalul acestor subvenții, ceea ce contrazice percepția unei presiuni majore asupra sistemului.

În același timp, se evidențiază valori foarte reduse pentru pachetul minimal de servicii acordat persoanelor neasigurate, chiar și după modificările legislative realizate în cadrul reformelor asumate prin împrumutul Băncii Mondiale (PforR), prin care pachetul minimal în medicina primară a fost extins pentru a include toate tipurile de consultații din pachetul de bază. Cheltuielile cresc ușor (de la 1,6 milioane RON în 2023 la 4,2 milioane RON în 2025), dar rămân marginale, sugerând o utilizare foarte redusă a acestor servicii de către neasigurați. Acest aspect întărește ipoteza că o parte semnificativă a persoanelor neasigurate nu aparțin categoriilor vulnerabile care ar avea nevoie efectivă de servicii medicale, ci mai degrabă unor grupuri care nu accesează sistemul.

Subvențiile de la bugetul de stat pentru echilibrarea FNUASS acoperă deficitul primar al Fondului și au un rol esențial în funcționarea sistemului, fiind critice pentru stabilitatea execuției bugetare. În mod normal, acestea ar trebui să fie predictibile și corelate realist cu necesarul de finanțare, pentru a permite o planificare bugetară coerentă.

În practică însă, datele din figura 9 arată o **subdimensionare sistematică a programului inițial**, urmată de corecții majore în cursul anului. Gradul de execuție este constant supraunitar și extrem de ridicat:

Dacă anul 2020 poate fi explicat prin contextul pandemic, iar 2025 sugerează o ușoară corecție a planificării, valorile extrem de ridicate din 2019, 2023 și 2024 indică **deficiențe structurale în fundamentarea bugetului inițial**, subvențiile fiind utilizate în mod recurent ca mecanism de ajustare ex-post, prin rectificări bugetare și transferuri din fondul de rezervă.

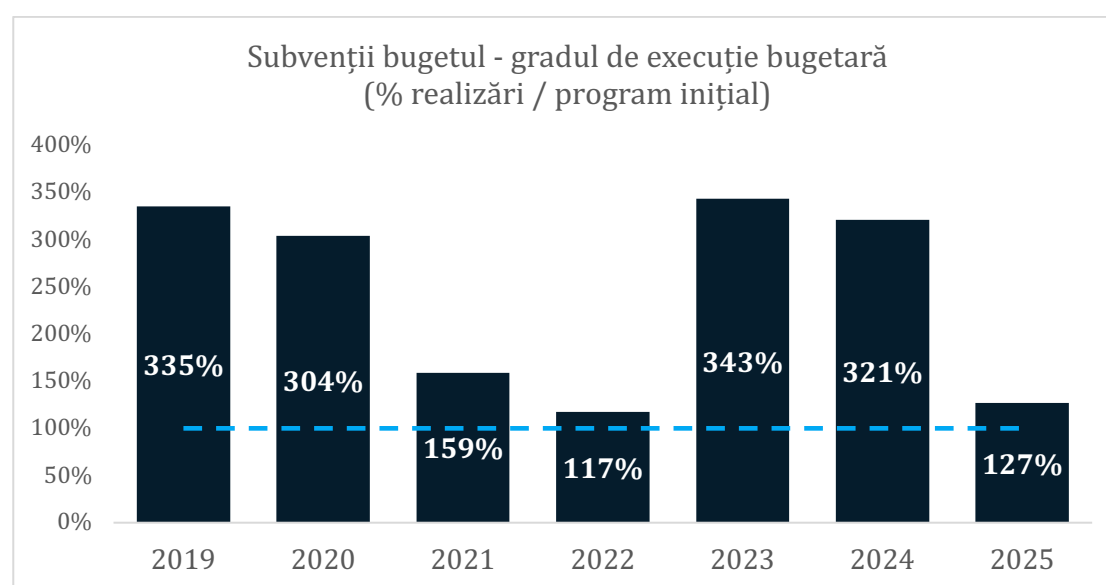


Figura 10. Gradul de execuție al veniturilor din subvenții pentru echilibrare, 2019-2025

Sursa: Ministerul Finanțelor

IV. Veniturile curente ale FNUASS

Ritmul anual de creștere al veniturilor FNUASS în perioada 2016–2025 a fost unul susținut, dar volatil, variind între 5,71% și 22,48%. După creșteri consistente în intervalul 2016–2019, urmează o temperare în 2020–2021, explicabilă atât prin contextul pandemic, cât și prin evoluții fiscale, după care dinamica se accelerează semnificativ începând cu 2022. În anii recenți, traiectoria devine clar ascendentă, cu un vârf în 2024 (22,48%) și menținerea unui ritm

ridicat în 2025. În medie, veniturile FNUASS au crescut cu aproximativ 14,38% pe an în acest interval, confirmând o dinamică robustă, dar puternic influențată de intervenții legislative și factori conjuncturali.

În perioada post-pandemie, această tendință capătă caracterul unei creșteri accelerate: veniturile FNUASS aproape se dublează față de nivelul din 2019, ajungând la aproximativ 77,9 miliarde RON în 2025 ($\approx 38,9$ miliarde RON în 2019), ceea ce corespunde unei creșteri de aproximativ +100% într-un interval relativ scurt. Este una dintre cele mai rapide expansiuni ale veniturilor sistemului, determinată în principal de creșterea contribuțiilor din CASS și de măsurile succesive de lărgire a bazei de contributivitate.

Tabel 9. Evoluția veniturilor FNUASS pe principalele surse și dinamica anuală (2023–2025)

Indicator	2023 (RON)	2024 (RON)	2025 (RON)
Venituri din taxele clawback	4.486.045.077 (8,1%)	5.139.021.000 (7,6%)	5.997.714.000 (7,7%)
Venituri din CASS	42.131.329.000 (75,8%)	57.323.082.000 (84,3%)	65.461.609.000 (84,1%)
Venituri din subvenții de la bugetul de stat	8.942.409.349 (16,1%)	5.585.714.000 (8,2%)	6.398.557.000 (8,2%)
Total venituri FNUASS	55.559.783.427 (100%)	68.047.817.000 (100%)	77.857.880.000 (100%)
Δ anual	+6.431.392.427 (+13,1%)	+12.488.033.573 (+22,5%)	+9.810.063.000 (+14,4%)

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția bugetară FNUASS, calcule proprii.

Ponderea veniturilor din CASS în totalul veniturilor FNUASS a variat în perioada 2016–2025 între 74% și 86%. După un vârf în 2018 (86%), aceasta a scăzut treptat, atingând un minim în 2020 (74%), nu doar pe fondul pandemiei, ci și ca urmare a măsurilor fiscale și a extinderii categoriilor exceptate de la plata contribuției. Ulterior, odată cu măsurile de reechilibrare și

lărgirea bazei de contributivitate, ponderea CASS revine, ajungând la aproximativ 84% în 2024–2025, nivel comparabil cu cel din 2016 (85%).

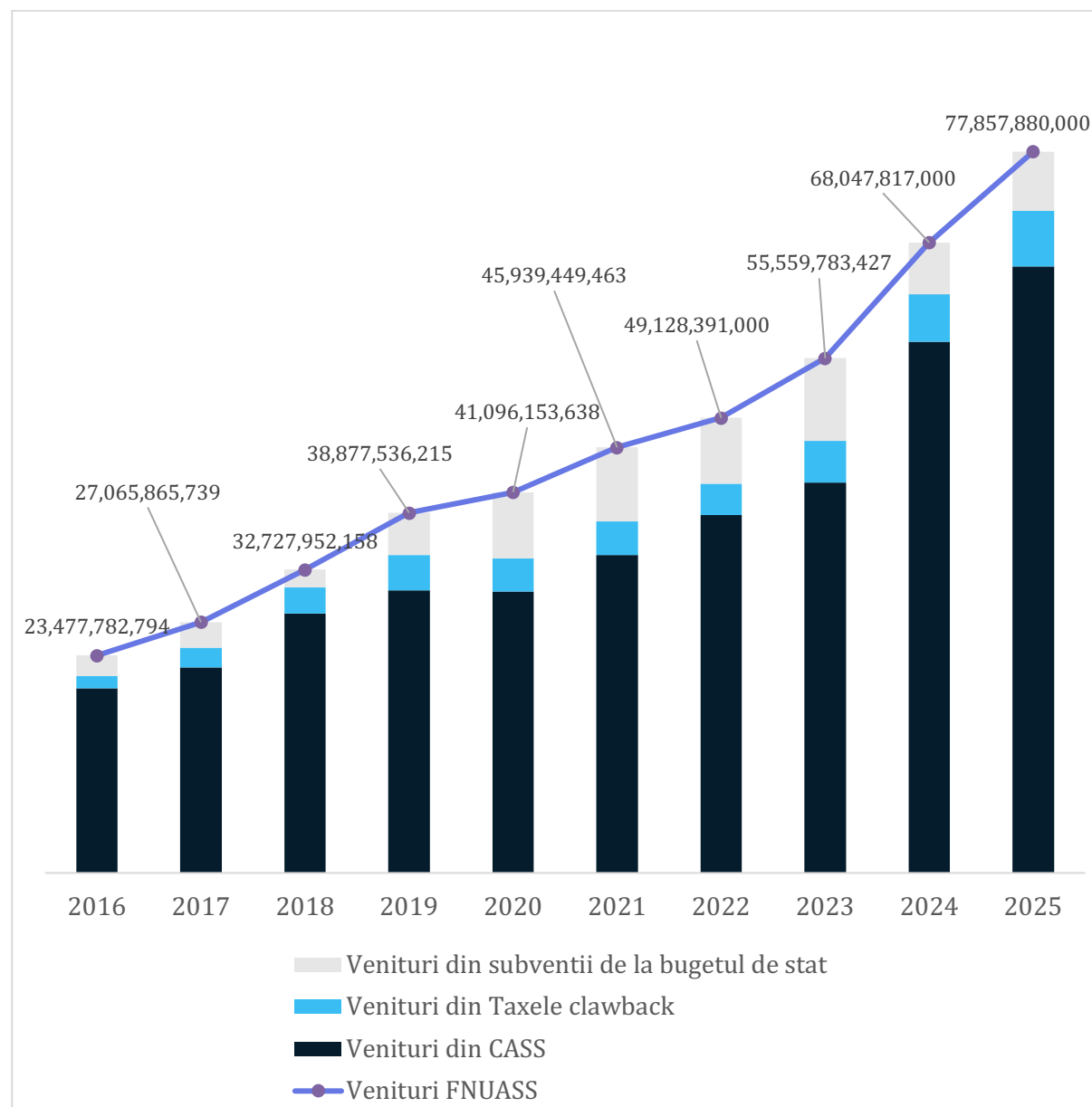


Figura 11. Evoluția veniturilor FNUASS

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția FNUASS -
<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>.

b) CHELTUIELILE PENTRU SĂNĂTATE DIN FNUASS

Cheltuielile FNUASS au urmat, în linii mari, dinamica veniturilor, menținând un echilibru bugetar aproape constant. În execuția bugetară a CNAS, raportul dintre venituri și cheltuieli este în mod obișnuit cvasiunitar, ceea ce indică o ajustare continuă a cheltuielilor la nivelul resurselor disponibile, mai degrabă decât o planificare multianuală bazată pe nevoi.

Structura cheltuielilor este însă dificil de analizat în detaliu, deoarece acestea sunt organizate în capitole bugetare care reflectă logica administrativă a execuției bugetare, nu neapărat tipurile de servicii medicale sau categoriile de furnizori. Ca urmare, legătura dintre alocarea resurselor și nevoile reale ale sistemului de sănătate nu este întotdeauna transparentă.

Pentru a permite o analiză mai relevantă, în tabelul următor am realizat o regroupare a acestor capitole bugetare, astfel încât să corespundă mai bine principalelor categorii de servicii medicale și tipurilor de furnizori. Chiar și în aceste condiții, defalcarea cheltuielilor rămâne parțial aproximativă, fiind afectată de suprapuneri între capitole, de diferențe de raportare și de dificultăți în urmărirea fluxurilor financiare reale. Aceste limitări evidențiază necesitatea unei transparențe sporite și a unei standardizări mai clare a raportării cheltuielilor în sistemul de sănătate.

În anul 2024, cheltuielile FNUASS au înregistrat o creștere semnificativă față de 2023 (+24,2%), determinată de majorări consistente în aproape toate categoriile. Cele mai importante contribuții au provenit din zona spitalelor, în special prin creșterea transferurilor pentru finanțarea cheltuielilor salariale, dar și din creșterea cheltuielilor cu medicamentele și serviciile din ambulatoriu. Se remarcă în mod particular creșterea medicamentelor din programele naționale și a serviciilor paraclinice, precum și o majorare accentuată a medicinei de familie în 2024. De asemenea, prestațiile medicale în baza documentelor internaționale au înregistrat o creștere foarte mare față de 2023. Per ansamblu, creșterea din 2024 a fost una generalizată.

Tabelul 10. Cheltuielile FNUASS pe categorii de cheltuieli

Categorie		2023	2024	2025
Subtotal 2025 (% din FNUASS)	Denumire Indicator	Mii RON (% Furnizori privați)	Mii RON (% Furnizori privați)	Mii RON (% Furnizori privați)
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	Medicamente cu și fără contribuție personală (eliberate în farmacii)	7.652.924 (100%)	9.115.190 (100%)	10.670.753 (100%)
	Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în Programele Naționale cu scop curativ	9.982.072 (71,44%)	11.629.085 (73,01%)	15.010.072 (74,04%)
	Subtotal	711.857 (29,37%)	857.285 (27,01%)	1.051.735 (23,16%)
	27.109.368 mii RON (34.81%)	244.863 (100%)	337.586 (100%)	376.808 (100%)
Servicii medicale în Ambulatoriu	Asistență medicală primară (Medicina de familie)	3.716.950 (100%)	5.289.957 (100%)	4.967.710 (100%)
	Asistență medicală pentru specialități clinice (Ambulatoriul de specialitate)	2.738.495 (78,50%)	3.592.339 (79,98%)	4.113.938 (81,58%)
	Subtotal	283.960 (96%)	431.745 (96%)	464.938 (97%)
	14.607.179 mii RON (18,76%)	1.643.132 (82,89%)	2.388.225 (88,03%)	2.871.884 (88,92%)
	Asistență medicală pentru specialități paraclinice (Analize medicale, investigații radioimagistice)	180.307	305.965	315.773
	Asistență medicală în centre medicale multifuncționale			

Categorie		2023	2024	2025
Subtotal 2025 (% din FNUASS)	Denumire Indicator	Mii RON (% Furnizori privați)	Mii RON (% Furnizori privați)	Mii RON (% Furnizori privați)
	(Servicii medicale de recuperare în ambulatoriu)	(74,88%)	(75,12%)	(76,13%)
	Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar (Ambulanțe private)	68.619 (100%)	88.015 (100%)	111.072 (100%)
	Îngrijiri medicale la domiciliu	54.651 (100%)	97.676 (99,81%)	122.433 (99,63%)
	Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală*	1.315.095 (89,02%)	1.546.204 (91,09%)	1.639.431 (90,93%)
Servicii medicale în Unități sanitare cu paturi	Spitale generale (publice și private) – Spitalizare continuă ACUȚI/CRONICI, Spitalizare de zi, Radioterapie, alte PNS	14.172.349 (11,25%)	16.465.480 (11,45%)	17.736.353 (11,63%)
Subtotal 34.728.738 (44,60%)	Transferuri între unități ale administrației publice (creșteri salariale spitale publice)	12.399.063 (0%)	15.425.855 (0%)	16.938.037 (0%)
	Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	51.659 (16,93%)	60.081 (11,45%)	54.348 (13,51%)
	Prestații medicale în baza documentelor internaționale (1,04%)	362.331 (0%)	1.240.759 (0%)	812.903 (0%)
	Cheltuieli de administrare a fondului (0,79%)	404.439 (0%)	639.143 (0%)	615.251 (0%)
TOTAL		55.982.764 (46,04%)	69.510.592 (46,86%)	77.873.440 (48,50%)

** Incorect plasate în cadrul execuției CNAS la capitolul **Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale***

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția FNUASS -
<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>, CNAS, consolidate de către autori

În anul 2025, cheltuielile totale ale FNUASS au ajuns la **77.873.440 mii RON**, în creștere cu **+12,0%** față de 2024. Analiza pe categorii evidențiază diferențe importante de dinamică:

- **Produse farmaceutice, materiale sanitare și dispozitive medicale** au crescut la **27.109.368 mii RON**, înregistrând o creștere de aproximativ **+24,0%** față de 2024, fiind categoria cu cea mai rapidă dinamică. Această evoluție este determinată în principal de creșterea medicamentelor din programele naționale.
- **Serviciile medicale în ambulatoriu** au ajuns la **14.607.179 mii RON**, cu o creștere de aproximativ **+11,3%** față de 2024. Creșterea este susținută în special de ambulatoriul de specialitate și serviciile paraclinice, în timp ce medicina de familie înregistrează o ușoară scădere.
- **Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi** au totalizat **34.728.738 mii RON**, în creștere cu aproximativ **+8,7%** față de 2024, ceea ce reprezintă un ritm inferior altor categorii. Această evoluție explică scăderea ponderii relative a spitalelor în total.
- **Prestațiile medicale în baza documentelor internaționale** au scăzut cu aproximativ **-34,5%** față de 2024, după creșterea excepțională din anul anterior.
- **Cheltuielile de administrare** au înregistrat o scădere ușoară, de aproximativ **-3,7%**.

Structura cheltuielilor în 2025 evidențiază faptul că spitalele rămân principala categorie (**44,60%**), urmate de medicamente (**34,81%**) și ambulatoriu (**18,76%**). Comparativ cu 2023, se observă o creștere semnificativă a ponderii medicamentelor și a serviciilor din ambulatoriu, în timp ce ponderea spitalelor scade.

Analiza ponderii furnizorilor privați în cheltuielile FNUASS evidențiază o prezență semnificativă a acestora în structura finanțării, cu tendință de creștere în perioada analizată. Astfel, ponderea totală a furnizorilor privați crește de la **46,04% în 2023 la 46,86% în 2024 și la 48,52% în 2025**, apropiindu-se de un nivel de **cvasi-paritate între sectorul public și cel privat**. Această evoluție reflectă extinderea participării furnizorilor privați în multiple segmente ale sistemului, în special în ambulatoriu și în zona serviciilor conexe.

Distribuția pe categorii arată însă diferențe importante. În **ambulatoriu**, ponderea privatului este dominantă și în creștere (peste 80–90% în paraclinic, stomatologie, dializă sau transport sanitar), ceea ce indică o dependență structurală de acest sector pentru furnizarea acestor servicii. În schimb, în **spital**, ponderea rămâne redusă ($\approx 11,6\%$), iar componenta de transferuri pentru spitalele publice (≈ 17 miliarde RON în 2025) este integral publică, ceea ce menține o predominanță a sectorului public la acest nivel. În ansamblu, datele arată un sistem mixt, în care **sectorul privat are un rol major în ambulatoriu și servicii suport**, iar **sectorul public rămâne dominant în spitalizare**, rezultând o distribuție globală relativ echilibrată a finanțării.

În continuare vom detalia principalele categorii de cheltuieli:

A. Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale

În cadrul execuției bugetare a CNAS, medicamentele sunt grupate în două mari categorii în funcție de modul în care sunt eliberate și de scopul utilizării acestora:

1. **Medicamente cu și fără contribuție personală (eliberate în farmacii):** Această categorie include medicamentele cu prescripție, compensate parțial (lista A 90%, lista B 50%, lista D 20%) sau integral (listele C1, C2, C3 – 100%), care sunt eliberate prin farmacii cu circuit deschis. Pacienții pot achiziționa aceste medicamente, fie contribuind cu o parte din cost (contribuție personală), fie fără a plăti nimic, în funcție de gradul de compensare oferit de CNAS.
2. **Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în Programele Naționale cu scop curativ:** Această categorie cuprinde medicamentele destinate tratamentului bolilor cronice care prezintă un risc crescut pentru sănătatea publică. Aceste medicamente sunt utilizate în cadrul Programelor Naționale de Sănătate, având scopul de a trata afecțiuni specifice cu impact major asupra calității vieții pacienților și asupra costurilor sistemului de sănătate.

Deși această clasificare simplifică modul în care sunt prezentate cheltuielile cu medicamentele în execuția CNAS, ea nu reflectă complexitatea tipurilor de medicamente și a modalităților de rambursare. Clasificarea nu relevă tipul medicamentelor, cum ar fi cele **inovative**, **generice** sau **generizate** (medicamente ieșite de sub patent), și nici nu menționează medicamentele **biologice** și **biosimilare**. De asemenea, nu este specificat tipul de rambursare, fie că este **necondiționată** sau **condiționată** (contracte cost-volum sau cost-volum-rezultat).

Aceste aspecte sunt deosebit de importante în calculul taxelor clawback, care variază în funcție de tipul și condițiile de rambursare ale medicamentelor. Toate aceste subcategorii de medicamente se regăsesc în ambele capitole ale clasificării. De exemplu, majoritatea medicamentelor rambursate condiționat sunt incluse în Programele Naționale Curative, dar există și medicamente cu rambursare condiționată care sunt eliberate în farmacii cu circuit deschis, cum ar fi tratamentele pentru Hepatita cu virus C.

Această diversitate subliniază necesitatea unei abordări mai detaliate și diferențiate în gestionarea și raportarea cheltuielilor cu medicamentele, pentru a reflecta cu exactitate costurile și a asigura o mai bună predictibilitate în alocarea resurselor, dar nu face obiectul acestui studiu.

Contractele **Cost-Volum (CV)** și **Cost-Volum-Rezultat (CV-R)** sunt încheiate prin negociere confidențială între CNAS și producătorii de medicamente. Aceste contracte sunt avantajoase pentru stat din punct de vedere financiar, deoarece permit o gestionare eficientă a costurilor asociate cu medicamentele inovative.

În cadrul contractelor CV, se negociază numărul de pacienți beneficiari și cuantumul taxei clawback, care este ajustat în funcție de acest număr. Dacă numărul de pacienți care beneficiază de tratament îl depășește pe cel stabilit în contract, surplusul de costuri este suportat de către industrie, nu de către CNAS.

Contractele CV-R includ o componentă suplimentară legată de eficacitatea tratamentului. Dacă tratamentul nu dă rezultate, așa cum este prevăzut în contract (de exemplu, în cazul tratamentului anti-HVC, rata de succes este sub 1%), CNAS nu va deconta costurile pentru acei pacienți. Acest aspect adaugă un nivel suplimentar de securitate financiară pentru CNAS și încurajează utilizarea eficientă a resurselor.

Aceste tipuri de contracte permit accesul pacienților la terapii noi și inovative, care altfel ar fi inaccesibile din cauza costurilor ridicate. Medicamentele incluse în aceste contracte sunt administrate doar pe bază de prescripție, conform unor protocoale terapeutice stricte, asigurându-se astfel că utilizarea lor este adecvată și justificată medical.

În perioada 2022–2025, modificările succesive ale listei de medicamente compensate, aprobată prin **HG nr. 720/2008 (republicată)** – Hotărâre pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, precum și a celor acordate în cadrul programelor naționale de

sănătate – au fost caracterizate atât prin introducerea de molecule noi, cât și prin extinderea indicațiilor terapeutice.

În 2022 (HG 406 și HG 1346) au fost introduse peste 50 de molecule noi cumulate, însoțite de un număr semnificativ de modificări de indicații, în special în oncologie, boli rare și diabet. În 2023, actualizările au continuat (HG 331 și HG 781), fiind introduse noi molecule și realizate multiple extinderi de indicații, inclusiv în psihiatrie, dermatologie și oncologie, precum și includerea vaccinurilor în compensare.

În 2024, prin HG 397, au fost introduse 25 de molecule noi, în paralel cu numeroase modificări de indicații, iar ulterior au fost realizate ajustări suplimentare la nivelul programelor naționale (HG 1262), fără introducerea de molecule noi, dar cu impact asupra eligibilității pacienților. În 2025 (HG 1012) au fost introduse 30 de molecule noi, însoțite de un număr ridicat de modificări de indicații, în principal în oncologie, boli rare și imunologie.

În total, în perioada 2022–2025 au fost introduse aproximativ **127 de molecule noi** în lista de medicamente compensate, conform actualizărilor succesive ale HG nr. 720/2008.

Recalcularea prețurilor medicamentelor compensate în România nu se realizează printr-un act normativ unic, ci prin actualizări periodice ale Catalogului Național al Prețurilor Medicamentelor (Canamed), aprobate prin ordine ale ministrului sănătății, în baza Ordinului nr. 368/2017. În perioada 2022–2025 au avut loc mai multe astfel de corecții, dintre care cele mai relevante sunt sesiunea de corecție din 2023, adoptarea Ordinului nr. 5.994/2024 pentru aprobarea prețurilor maxime și actualizarea majoră aplicată de la 1 ianuarie 2025, urmată de modificări succesive în cursul anului 2025. Aceste ajustări au influențat direct nivelul cheltuielilor FNUASS, prin modificarea prețurilor de referință și a valorii de decontare a medicamentelor.

Cheltuielile totale cu medicamentele au înregistrat o creștere accelerată în perioada analizată, de la aproximativ 11,2 miliarde RON în 2019 la 25,7 miliarde RON în 2025, ceea ce reprezintă o majorare de peste 130%. După o perioadă relativ stabilă în 2019–2022, dinamica se accentuează puternic începând cu 2023. Creșterea este determinată în principal de medicamentele utilizate în Programele Naționale, care devin componenta dominantă și ajung la 15 miliarde RON în 2025, depășind clar medicamentele eliberate în afara Programelor Naționale (10,7 miliarde RON). Această evoluție reflectă atât extinderea accesului la terapii inovative, cât și creșterea numărului de pacienți eligibili și a indicațiilor terapeutice.

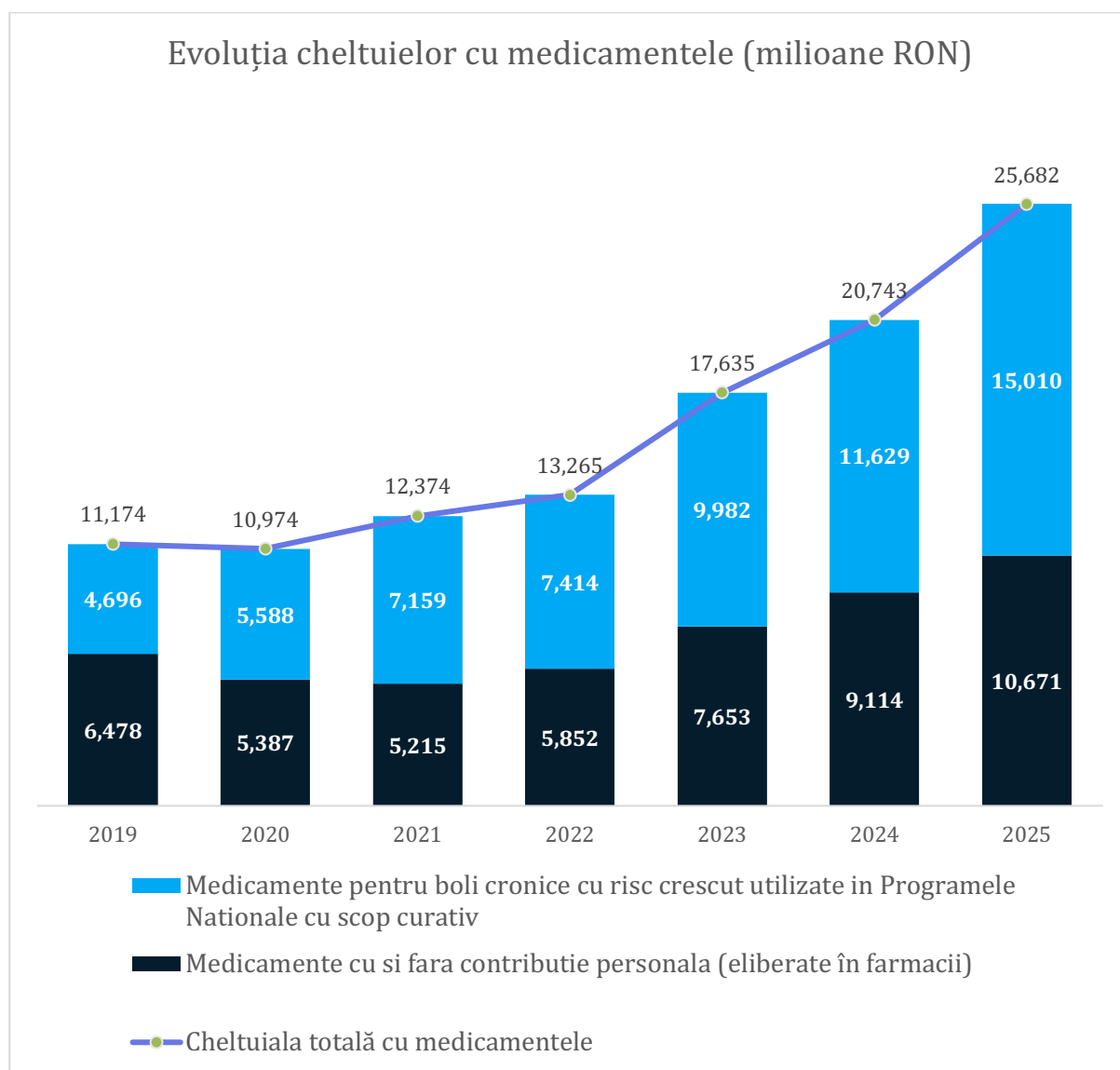


Figura 12. Evoluția cheltuielilor FNUASS cu medicamentele (2019–2025)

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția FNUASS -

<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>

Analiza structurii pe 2025 evidențiază câteva aspecte esențiale. În primul rând, medicamentele necondiționate reprezintă aproximativ 77% din totalul cheltuielilor brute (19,7 din 25,7 miliarde RON), în timp ce medicamentele condiționate (contracte cost-volum și cost-volum-rezultat) însumează aproximativ 23%. Acestea din urmă sunt însă concentrate în special în programele naționale, unde ponderea lor este semnificativ mai mare, reflectând utilizarea terapiilor inovative cu impact bugetar ridicat.

De asemenea, veniturile din taxa clawback (aproximativ 6 miliarde RON în 2025) reduc semnificativ presiunea asupra bugetului. Astfel, **cheltuiala efectivă** suportată de FNUASS se

calculează prin scăderea acestor venituri din cheltuiala totală, ajungând la aproximativ **19,7 miliarde RON (24% din total FNUASS)**. Se observă că mecanismele de tip clawback și contractele condiționate contribuie la limitarea impactului financiar al terapiilor costisitoare, fără a restrânge accesul pacienților.

În 2025, veniturile din taxa clawback acoperă aproximativ **23,4% din cheltuiala totală cu medicamentele**, însă această pondere diferă semnificativ în funcție de tipul de rambursare: **aproximativ 19,6% în cazul medicamentelor necondiționate**, respectiv **35,7% în cazul medicamentelor condiționate (contracte cost-volum și cost-volum-rezultat)**. Această diferență reflectă nivelul mai ridicat al mecanismelor de control al costurilor aplicate terapiilor inovative incluse în programele naționale.

Tabel 11. Structura cheltuielilor FNUASS cu medicamentele în 2025, pe tipuri de rambursare (condiționate vs. necondiționate)

Categoria	Medicamente necondiționate (RON)	Medicamente condiționate (contracte CV/CV-R) (RON)	TOTAL (RON)
Medicamente cu și fără contribuție personală (farmacii)	8.495.028.644	2.175.724.756	10.670.753.400
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut (PNS)	11.177.901.562	3.832.170.662	15.010.072.224
Total	19.672.930.206	6.007.895.418	25.680.825.624
Clawback	3.851.945.615	2.146.668.661	5.998.614.276
Cheltuială efectivă	15.820.984.591	3.861.226.757	19.682.211.348
% Clawback	19,58%	35,73%	23,36%

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor, Execuția FNUASS, calcule proprii

Cheltuiala efectivă cu medicamentele, după deducerea veniturilor din taxa clawback, a crescut de la aproximativ 7,4 miliarde RON în 2019 la aproape 19,7 miliarde RON în 2025. Dinamicile

sunt similare cu cele ale cheltuielii brute, însă nivelul efectiv este semnificativ mai redus datorită contribuției industriei farmaceutice.

Cu toate acestea, creșterea susținută a cheltuielilor efective indică faptul că expansiunea consumului de medicamente, în special în programele naționale, depășește capacitatea mecanismelor de compensare de a limita impactul bugetar. Astfel, chiar dacă veniturile din clawback cresc, presiunea asupra FNUASS rămâne ridicată, fiind determinată în principal de extinderea accesului la terapii inovative și de creșterea volumului de tratamente.

Creșterea semnificativă a valorii consumului de medicamente compensate în anul 2023 nu a fost anticipată în programul bugetar aprobat inițial, execuția depășind cu 36% nivelul planificat. CNAS a fost nevoită să suplimenteze creditele bugetare aprobate prin Legea bugetului de stat, utilizând în principal veniturile suplimentare provenite din subvențiile pentru echilibrare.

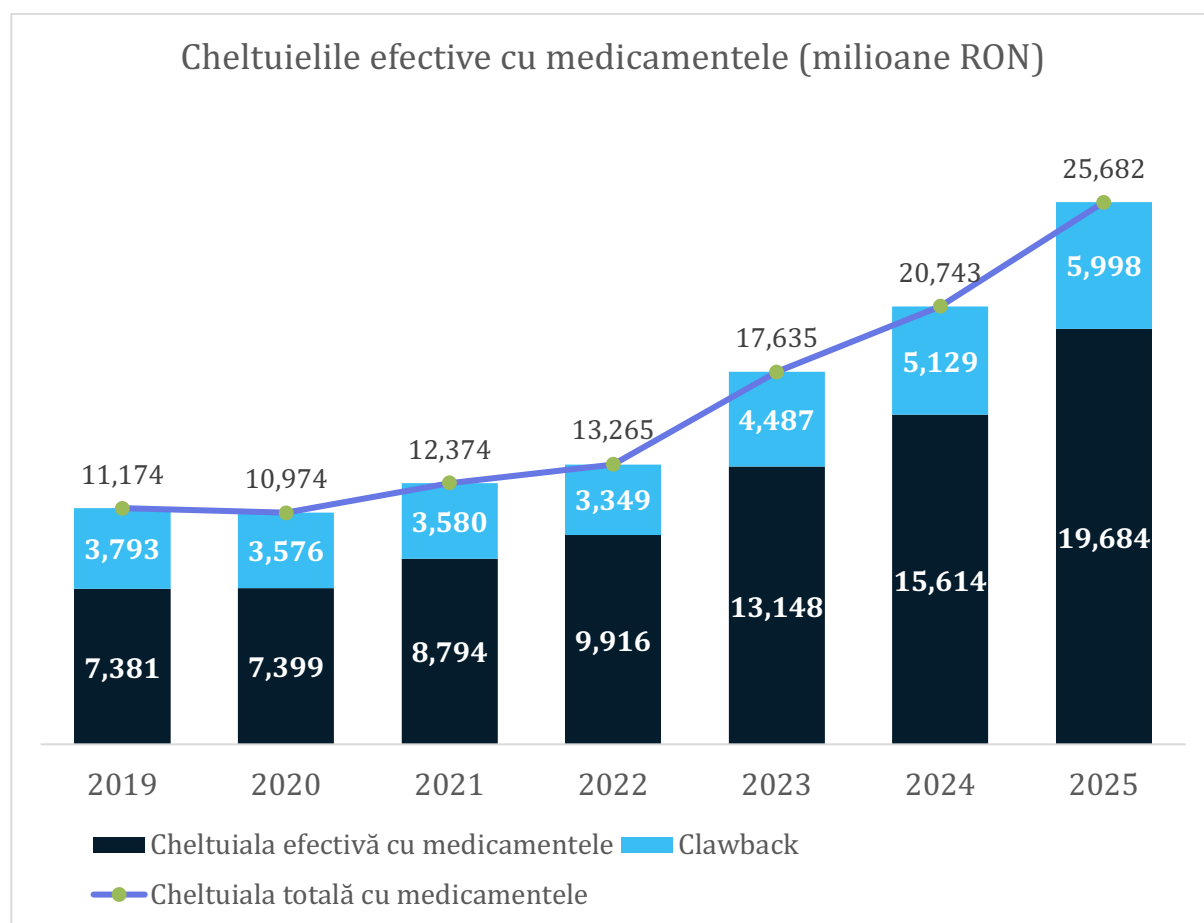


Figura 13. Evoluția cheltuielilor efective ale FNUASS cu medicamentele (2019–2025)

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția FNUASS -

<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>.

Datele din *Figura 13* confirmă faptul că această subestimare nu este un fenomen izolat. Începând cu anii 2021–2022 se conturează o tendință clară de subdimensionare a bugetului inițial pentru medicamente compensate, cu grade de execuție de 114% în 2021 și 108% în 2022, urmate de vârful din 2023 (136%).

În anii 2024 și 2025, deși nivelul de execuție rămâne supraunitar, se observă o **ușoară corecție a deviației față de programul inițial**, cu valori de 117% și respectiv 118%. Această evoluție sugerează o îmbunătățire relativă a procesului de estimare bugetară, însă persistența depășirilor indică în continuare o planificare insuficient adaptată dinamicii reale a consumului.

Subestimarea cheltuielilor cu medicamentele compensate este determinată de mai mulți factori structurali:

- constrângerile generate de subdimensionarea veniturilor (în special subvențiile de echilibrare), care limitează realist nivelul programat al cheltuielilor;
- dificultatea de a anticipa evoluția consumului, în special în contextul introducerii de noi molecule inovative în cursul anului;
- extinderea indicațiilor terapeutice și creșterea adresabilității.

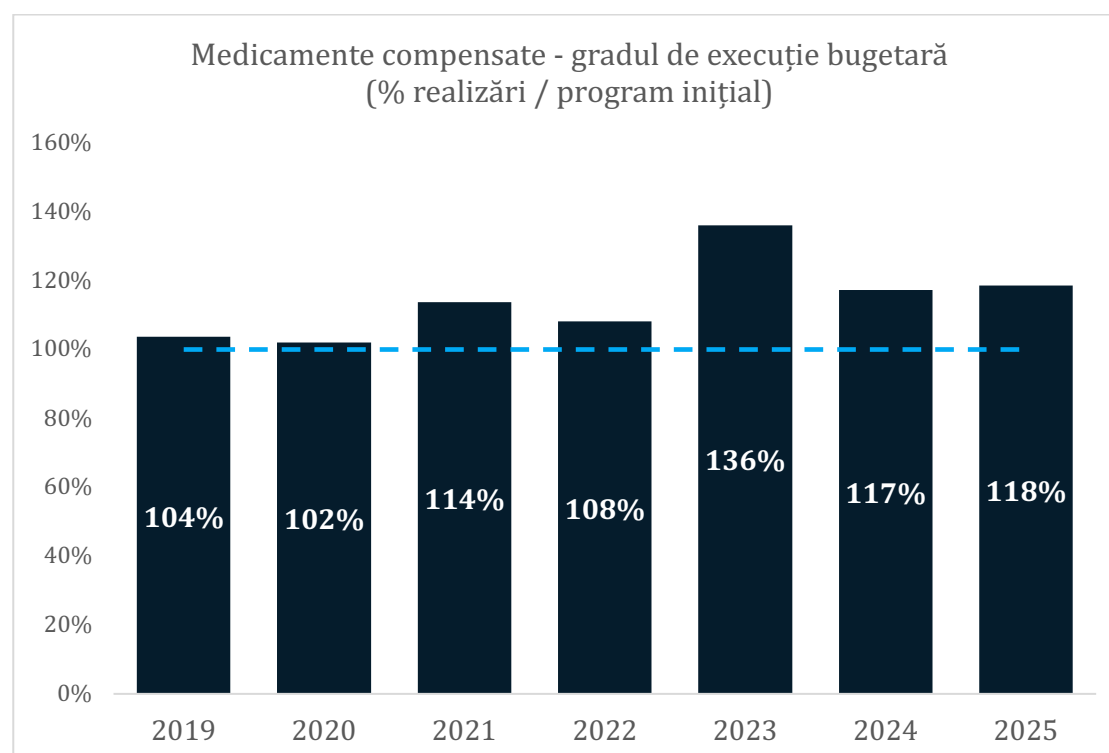


Figura 14. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu medicamentele compensate în perioada 2019-2025; Sursa datelor: Ministerul Finanțelor

În ansamblu, execuțiile bugetare din perioada analizată arată că **bugetul inițial pentru medicamente compensate este construit sistematic sub necesarul real**, iar ajustarea se realizează ulterior, în cursul execuției, prin mecanisme corective.

După cum menționam anterior, modificarea formulei de calcul a taxei clawback continuă să expună FNUASS la riscuri semnificative, în special în contextul creșterii accelerate a consumului de medicamente. Deși există decalaje temporale între momentul încasării veniturilor din clawback și efectuarea plăților către furnizori, evoluția din ultimii ani evidențiază o tendință clară de creștere a presiunii bugetare.

Pe termen mediu, dinamica este una accentuat ascendentă. Dacă în 2019 cheltuiala totală cu medicamentele era de aproximativ **11,2 miliarde RON**, aceasta a crescut la **13,3 miliarde RON în 2022**, pentru ca ulterior să accelereze semnificativ: **17,6 miliarde RON în 2023**, **20,7 miliarde RON în 2024** și **25,7 miliarde RON în 2025**. În paralel, cheltuiala efectivă (după deducerea clawback-ului) a crescut de la aproximativ **7,4 miliarde RON în 2019** la aproape **19,7 miliarde RON în 2025**, ceea ce reprezintă o creștere de peste 2,5 ori într-un interval de doar șase ani.

În anul 2025, cheltuielile efective cu medicamentele au crescut cu circa **4,1 miliarde RON** față de 2024, iar cheltuielile totale cu aproximativ **4,9 miliarde RON**, ritmuri superioare celor din anii anteriori. Această accelerare este determinată în principal de creșterea consumului de medicamente în cadrul programelor naționale, unde sunt concentrate terapiile inovative și tratamentele cu cost ridicat.

Această evoluție subliniază vulnerabilitatea structurală a sistemului: în forma actuală, orice creștere a consumului se transferă direct în creșterea cheltuielilor FNUASS, chiar dacă veniturile din clawback cresc în paralel. De altfel, ponderea clawback-ului în totalul cheltuielilor (aproximativ 23% în 2025) nu mai reușește să compenseze integral dinamica accelerată a consumului.

În acest context, devin esențiale măsuri precum:

- consolidarea protocoalelor de prescriere și a criteriilor de eligibilitate;
- limitarea extinderii rambursării necondiționate pentru moleculele cu impact bugetar ridicat;
- extinderea contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat, în special pentru terapiile inovative;

- monitorizarea mai strictă a volumelor și a rezultatelor terapeutice.

În absența unor astfel de intervenții, tendința de creștere accelerată a cheltuielilor cu medicamentele riscă să amplifice presiunea asupra FNUASS și să afecteze sustenabilitatea financiară pe termen lung a sistemului de sănătate.

B. Programele Naționale de Sănătate Curative (PNS)

Sumele alocate programelor și subprogramelor naționale curative de sănătate (PNS) sunt utilizate pentru a asigura diverse servicii și materiale necesare gestionării bolilor cronice cu impact major asupra sănătății publice. Aceste fonduri sunt utilizate pentru:

1. **Asigurarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice și dispozitivelor medicale** necesare pentru tratamentul bolilor cronice, atât în spital, cât și în ambulatoriu, pentru pacienții incluși în PNS curative.
2. **Asigurarea serviciilor de supleere renală:**
 - incluzând medicamente și materiale sanitare specifice;
 - investigații medicale paraclinice specifice;
 - transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul acestora;
 - transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare pentru dializă peritoneală la domiciliul pacienților.
3. **Asigurarea serviciilor specializate:**
 - dozarea hemoglobinei glicozilate;
 - investigații PET-CT;
 - tratament Gamma-Knife;
 - diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute;
 - diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom);
 - servicii de radioterapie.

Finanțarea PNS și numărul de pacienți tratați sunt abordate într-un capitol separat, în cadrul **rapoartelor de activitate ale CNAS**. Finanțarea PNS este incompletă însă, deoarece nu include sumele alocate spitalelor pentru medicamente care fac obiectul contractelor de tip **Cost-Volum**. Pe baza raportului de activitate al CNAS și pe baza execuției bugetare a spitalelor

publice și private din FNUASS, am putut elabora următorul tabel, care oferă o imagine de ansamblu a finanțării tuturor PNS. De asemenea, am putut calcula ce procent din sumele alocate unităților sanitare sunt direcționate către furnizorii privați.

Tabelul 12. Plățile FNUASS cu Programele Naționale de sănătate

Denumire program de sănătate	Plăți efectuate 2025 (RON)	Nr. pacienti	Furnizori privati %
Programul național de oncologie, din care:	7.085.078.840		87,71%
<i>Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulți si copii) din care:</i>	6.238.793.144	196.797	88,42%
<i>Unitati sanitare cu Circuit deschis</i>	5.064.236.707	168.438	100%
<i>Unitati sanitare cu Circuit inchis</i>	1.174.556.437	75.957	38,48%
<i>Subprogramul de reconstrucție mamara după afecțiuni oncologice prin endoprotezare</i>	1.390.907	2.959	0%
<i>Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulți</i>	32.103.400	13.824	54,99%
<i>Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi (adulți si copii).</i>	738.671.522	36.095	82,64%
<i>Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulți</i>	8.892	13	34,23%
<i>Subprogramul de testare genetică</i>	74.110.974	24.802	94,66%
Programul național de Diabet Zaharat (94,34% Unități sanitare cu circuit deschis)	3.296.782.834	1.381.461	94,63%

Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana - Unitati sanitare cu Circuit deschis - starea post transplant pentru pacienții transplantați	78.110.433	6.567	100%
Programul național de tratament pentru boli rare din care:	1.395.592.986		47%
<i>Unitati sanitare cu Circuit deschis</i>	369.364.660		100%
<i>Unitati sanitare cu Circuit închis</i>	1.026.228.326	6.687	0,47%
Programul național de tratament al bolilor neurologice - Scleroză multiplă	153.551.255	4.637	0%
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	304.174.137	1.138	1,48%
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)	43.725.640	690	0%
Programul național de boli endocrine	2.842.395	1.244	0,60%
Programul național de ortopedie	193.084.304	31.199	19,12%
Programul național de terapie intensiva a insuficientei hepatice	109.336	21	0%
Programul național de boli cardiovasculare	479.847.483	39.957	16,49%
Programul național de sănătate mintală	102.736.190	5.945	96,49%
<i>Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodenidență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor</i>	4.046.264	1.689	0%
<i>Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist</i>	95.562.070	4.256	100%

Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță, din care:	48.223.039	6.509	1,56%
Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	1.649.838.971	18.512	90,29%
Programul național de PET-CT	133.996.000	33.870	91,36%
Programul Național de endometrioză	1.006.943	176	100,00%
Sume pentru medicamente utilizate în programele naționale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip COST VOLUM (majoritatea în PNS Oncologie)	3.832.170.662		50,49%
Total	18.800.871.447		73,60%

Sursa datelor: CNAS – Rapoarte de activitate - <https://cnas.ro/rapoarte-de-activitate/>.
CNAS - plăți furnizori.

Finanțarea Programelor Naționale de Sănătate curative (PNS) nu este reflectată unitar în bugetul CNAS, ci este dispersată în diverse capitole bugetare. Această distribuție complică monitorizarea și gestionarea eficientă a fondurilor alocate PNS, subliniind necesitatea unei abordări mai integrate și transparente în administrarea acestor resurse.

Cu toate acestea, prin consolidarea datelor din raportul de activitate al CNAS, execuția bugetară a CNAS și execuția bugetară a spitalelor publice și private din FNUASS, am reușit să realizăm o corespondență între execuția bugetară și finanțarea alocată PNS. Această corespondență a fost realizată cu un factor de eroare neglijabil, după cum urmează:

Tabelul 13. Programele Naționale de sănătate în execuția bugetară a CNAS

Indicator	PNS	MII LEI	% privat
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	• Programul national detratment pentru boli rare • Programul national de tratament al bolilor neurologice • Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei • Programul national de diabet zaharat • Programul national de boli endocrine • Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana • Programul national de sanatate mintala • Subprogramul national de tratament al bolnavilor cu toxicodependeta, precum si de testare a metabolitilor stupefiantelor • Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice (adulti si copii) • + sume pentru medicamente utilizate in programele naționale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip CV • Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice(adulti si copii) • Programul national de tratament pentru boli rare (purpura trombocitopenica) • Programul national de tratament pentru boli rare (mucoviscidoza) • Programul national de tratament al bolilor neurologice • Subprogramul de tratament al tulburarii depresive majore • Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica • Programul national de tratament pentru boli rare (alte medicamente circuit inchis)	15.010.072	74,04%

Materiale santiere specifice utilizate in programele nationale cu scop curativ	● Programul national de diabet zaharat ● Programul national de diabet zaharat-pompe insulina si materiale consumabile ● Programul national de ortopedie ● Subprogramul de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile ● Programul national de boli cardiovasculare ● Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare ● Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta, din care: ● Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice ● Programul national de tratament pentru boli rare	1.051.735	23,16%
Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	● Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	1.649.839	90,29%
Spitale generale	● Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi (adulți si copii)	738.672	82,64%
	● Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță	11.775	6,39%
	● Programul național de endometrioză	1.007	100,00%
	● Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți (PNS Oncologie)	31.581	55,90%

Asistenta medicala pentru specialități clinice	Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist	95.562	100,00%
Asistenta medicala pentru specialități paraclinice	Programul național de diabet zaharat - Sume pentru evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (11bA Ic) (PNS Diabet)	3.038	0,00%
	Subprogramul Național de testare genetică	74.111	94,66%
	Programul național de PET-CT	133.996	91,36%
Total PNS (mii lei)	24,14 % din Cheltuielile FNUASS	18.801.386	73,6%

Sursa datelor: CNAS – Rapoarte de activitate - <https://cnas.ro/rapoarte-de-activitate/>.
CNAS - plăți furnizori.

Se evidențiază o creștere substanțială a finanțării Programelor Naționale de Sănătate, de la **12,47 miliarde RON în 2023 la 18,80 miliarde RON în 2025**, respectiv **+50,76%**. Această evoluție confirmă o extindere semnificativă a cheltuielilor, însă distribuția creșterii este concentrată în câteva programe majore.

Cea mai mare contribuție la această creștere o are **Programul național de oncologie**, care ajunge la **7,08 miliarde RON (+51,19%)**. Dacă sunt incluse și sumele aferente medicamentelor finanțate prin contracte de tip cost-volum, care cresc accelerat (**+107,96%**, până la **3,83 miliarde RON**), rezultă că oncologia concentrează cea mai mare parte a resurselor suplimentare. În interiorul programului, dinamica este diferită pe componente: tratamentul medicamentos crește consistent (**+45%**), în timp ce unele servicii asociate înregistrează ritmuri mult mai rapide, cum este cazul radioterapiei (**+88,78%**) sau al serviciilor de diagnostic pentru leucemii (**+516%**), ceea ce sugerează o extindere a activității în aceste segmente.

Al doilea program ca dimensiune rămâne **diabetul zaharat**, cu **3,30 miliarde RON (+28%)**, caracterizat printr-un volum foarte mare de pacienți.

Alte programe importante sunt **supleerea funcției renale** (1,65 miliarde RON, +19%) și **bolile rare** (1,40 miliarde RON, +45%), acesta din urmă având o creștere atât în circuit deschis, cât și închis.

Se observă de asemenea creșteri relevante în **bolile cardiovasculare** (+55%) și **ortopedie** (+35%), fără însă a modifica semnificativ ierarhia programelor ca volum financiar.

Pe zona serviciilor de diagnostic și monitorizare, creșterile sunt vizibile: **PET-CT** crește cu aproximativ 65%, iar **testarea genetică** apare ca linie distinctă de finanțare în 2025. În același timp, unele programe rămân relativ stabile (ex. scleroză multiplă), iar altele au variații mari pornind de la baze reduse, cum este cazul programelor din **sănătate mintală** sau al serviciilor conexe pentru autism.

Figura 15 prezintă **repartizarea cheltuielilor Programelor Naționale de Sănătate pe componente majore în anul 2025**, evidențiind predominanța clară a cheltuielilor cu medicamentele, care însumează **15,0 miliarde RON (≈80,0%)**, comparativ cu **serviciile medicale – 2,74 miliarde RON (≈14,6%)** și **materialele sanitare – 1,05 miliarde RON (≈5,4%)**. Structura reflectă orientarea finanțării PNS în principal către tratamentul medicamentos al bolilor cronice cu impact major, în timp ce componentele legate de servicii și materiale au o pondere semnificativ mai redusă.

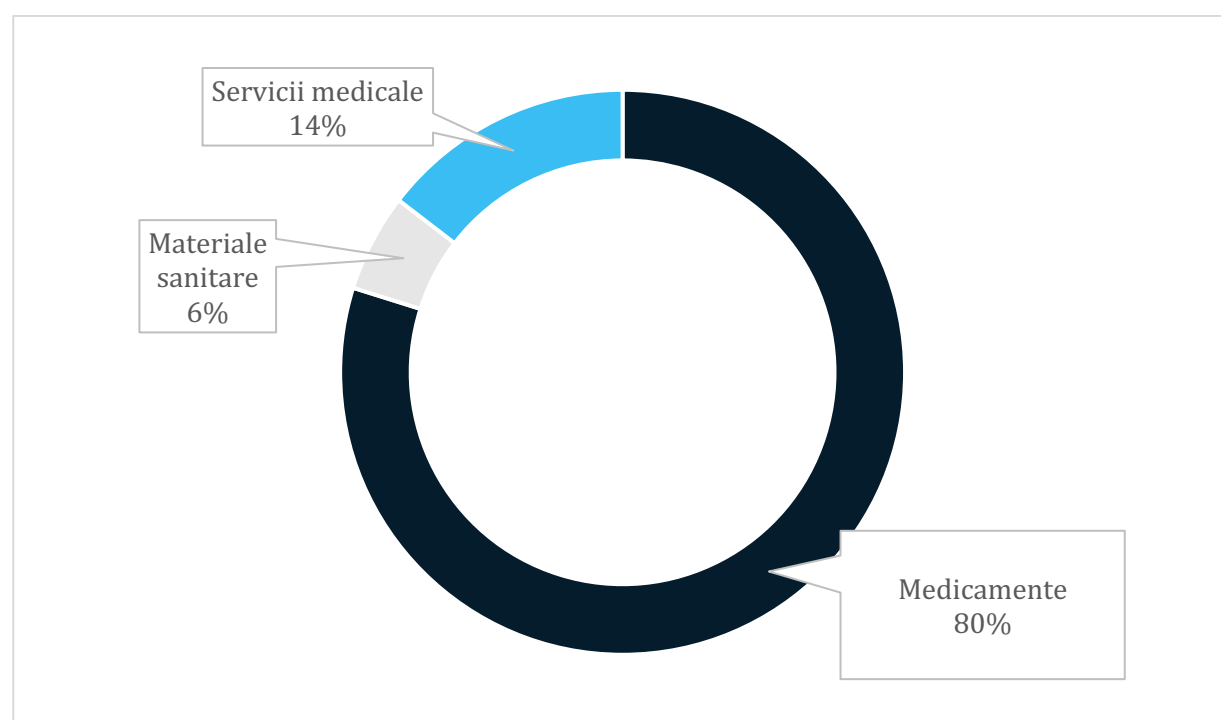


Figura 15. Repartizarea cheltuielilor PNS pe componente majore (2025);

Sursa datelor: CNAS – rapoarte de activitate

Din perspectiva structurii furnizorilor, ponderea sectorului privat rămâne ridicată (**73,60% în 2025 față de 70,94% în 2023**), însă aceasta variază semnificativ în funcție de tipul serviciului.

- **Chimioterapie (unități sanitare cu paturi): 33,71% → 38,48%** (creștere moderată);
- **Radioterapie: 80,57% → 82,64%** (pondere ridicată, relativ stabilă);
- **Hemodializă (supleere funcție renală): 89,02% → 90,29%** (pondere constantă mare);
- **PET-CT: 90,72% → 91,36%** (pondere stabilă, foarte ridicată);
- **Ortopedie: 15,31% → 19,12%** (creștere);
- **Cardiovascular: 15,10% → 16,49%** (creștere ușoară);

În structura Programelor Naționale de Sănătate din 2025 se remarcă apariția și extinderea unor **programe noi sau recent dezvoltate**, cu rol specific în diagnostic și servicii suport:

- **Programul național de endometrioză** – introdus în 2025, cu o valoare de aproximativ **1,0 mil. RON**, realizat **100% în sectorul privat**;
- **Subprogramul de testare genetică în oncologie** – finanțare de **74,1 mil. RON**, cu o pondere a furnizorilor privați de aproximativ **95%**;
- **Subprogramul de servicii conexe pentru pacienții cu tulburări din spectrul autist** – **95,6 mil. RON**, cu o creștere foarte mare față de 2023 și realizat **aproape integral în sectorul privat (~100%)**.

Împreună, aceste componente noi însumează aproximativ **170 mil. RON** în 2025. Un element comun al acestor programe noi este faptul că sunt implementate **aproape exclusiv prin furnizori privați**, spre deosebire de programele tradiționale, unde structura de furnizare este mixtă.

C. Planul Național de Prevenire și Combateră a Cancerului (PNPCC)

Planul Național de Prevenire și Combateră a Cancerului (PNPCC), aprobat prin Legea nr. 293/2022, a introdus o serie de modificări structurale în finanțarea și organizarea serviciilor oncologice din cadrul FNUASS.

Modificarea normelor metodologice ale Programelor Naționale de Sănătate a fost realizată în corelație directă cu prevederile **Planului Național de Prevenire și Combateră a Cancerului (PNPCC)**, aprobat prin Legea nr. 293/2022, prin introducerea unor mecanisme specifice de finanțare și decontare pentru anumite subprograme oncologice.

În mod concret, normele au fost completate cu un capitol distinct care reglementează **decontarea la nivelul serviciilor efectiv realizate** de către unitățile de specialitate aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Această modificare vizează în special:

- Subprogramul de diagnostic și monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne (imunofenotipare, examen citogenetic, FISH, biologie moleculară);
- Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne;
- Subprogramul național de testare genetică.

Pentru aceste subprograme, normele prevăd explicit posibilitatea acordării de **sume suplimentare față de contractele inițiale**, prin încheierea de acte adiționale, după finalizarea lunii în care serviciile au fost efectuate. Această ajustare este condiționată de depășirea nivelului contractual, ceea ce permite finanțarea integrală a activității efectiv realizate.

În acest fel, mecanismul de finanțare se adaptează volumului real de servicii, în special în zona de diagnostic oncologic avansat, unde adresabilitatea poate varia semnificativ. Practic, normele permit **decontarea suplimentară a serviciilor efectuate peste contract**, reducând riscul de limitare a accesului pacienților din cauza plafonării inițiale a bugetelor.

Un alt element relevant al modificării normelor îl reprezintă dezvoltarea **Subprogramului de radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice**, inclusiv prin reorganizarea serviciilor de brahiterapie. La propunerea Comisiei de specialitate de radioterapie a Ministerului Sănătății, serviciul de brahiterapie a fost restructurat prin introducerea a **7 tipuri distincte de servicii**, diferențiate în funcție de complexitate și localizarea tumorală (ginecologică interstițială și non-interstițială, prostată HDR și LDR, mamară/ORL/sarcoame, intracavitară și de contact).

Anterior, aceste servicii erau decontate la un tarif unic (302 lei/serviciu), însă noile prevederi introduc **tarife diferențiate pentru fiecare tip de brahiterapie**, adaptate complexității intervenției. În același timp, au fost **revizuite criteriile de eligibilitate ale pacienților**, astfel încât accesul la aceste servicii să fie corelat mai bine cu indicațiile medicale specifice.

În paralel, normele au permis includerea și finanțarea unor terapii inovative de înaltă complexitate, precum **terapia celulară CAR-T**, în cadrul programelor oncologice, prin mecanisme dedicate de finanțare. Aceste intervenții, caracterizate prin costuri foarte ridicate și indicații strict definite, sunt integrate în structura programelor naționale prin reguli specifice de eligibilitate și decontare.

Dincolo de extinderea semnificativă a Programului Național de Oncologie și a subprogramelor sale, CNAS a introdus un set amplu de servicii suplimentare, raportate distinct de către furnizori, unele dintre acestea fiind accesibile inclusiv persoanelor neasigurate.

Aceste servicii acoperă întregul traseu al pacientului oncologic, de la prevenție și diagnostic precoce până la tratament și îngrijiri paliative, fiind integrate transversal în ambulatoriu, spital și îngrijiri la domiciliu.

Începând cu anul 2024, în cadrul FNUASS sunt evidențiate distinct cheltuielile aferente serviciilor introduse prin Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului (PNPCC). Aceste servicii sunt distribuite transversal pe principalele niveluri de asistență medicală și reflectă extinderea traseului pacientului oncologic.

1. Asistență medicală ambulatorie

Componenta ambulatorie include atât servicii clinice, cât și paraclinice, precum și servicii conexe:

- **Asistență medicală pentru specialități paraclinice**

- investigații de diagnostic oncologic (analize de laborator, imagistică);
- servicii de screening și depistare precoce;
- pachete integrate de diagnostic (ex. mamografie, testare HPV, biopsii).

- **Asistență medicală pentru specialități clinice**

- consultații de specialitate pentru suspiciune oncologică;
- evaluare clinică și orientare diagnostică;
- trimitere către investigații sau spitalizare de zi.

- **Centre medicale multifuncționale**

- servicii de recuperare și suport funcțional;
- intervenții de tip reabilitare în ambulatoriu.

- **Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar**

- transportul pacienților oncologici;
- acces rapid la unități medicale pentru diagnostic sau tratament.

2. Asistență medicală spitalicească

- servicii de spitalizare de zi pentru diagnostic oncologic;

- proceduri complexe (biopsii, investigații imagistice avansate);
- inițiere și monitorizare tratament oncologic;
- servicii integrate în cadrul Programului Național de Oncologie.

Această componentă reflectă trecerea de la diagnostic la tratament și concentrează cea mai mare parte a finanțării.

3. Îngrijiri medicale la domiciliu

- servicii de îngrijire pentru pacienții oncologici;
- monitorizare și suport în fazele avansate ale bolii;
- îngrijiri paliative și continuitatea tratamentului în afara spitalului.

Tabel 14. Cheltuieli FNUASS aferente serviciilor suplimentare PNPCC (2024–2025)

Categoria	2024 (RON)	2025 (RON)	% Privat 2025
Asistență medicală pentru specialități paraclinice	176.123.500	683.920.932	93,22%
Asistență medicală pentru specialități clinice	5.237.067	42.905.074	60,54%
Centre medicale multifuncționale	64.143	737.405	100%
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	4.428.129	31.882.682	100%
Spitale generale	210.421.404	886.740.540	41,25%
Îngrijiri medicale la domiciliu	3.966.086	27.994.471	99,60%
TOTAL	400.240.329	1.674.181.103	65,10%

Sursa datelor: CNAS – raportări execuție bugetară

În perioada 2024–2025, finanțarea serviciilor suplimentare din cadrul PNPCC a înregistrat o creștere de peste 4 ori (de la 400 milioane RON la 1,67 miliarde RON), reflectând atât extinderea serviciilor, cât și creșterea rapidă a utilizării acestora.

Structura creșterii evidențiază câteva tendințe relevante:

- **Dominanța serviciilor spitalicești**
Cheltuielile pentru spitale generale cresc de la 210 milioane RON la aproape 887

milioane RON și rămân principala componentă (peste 50% din total în 2025), indicând faptul că tratamentul oncologic rămâne centrat pe spital.

- **Creștere accelerată a serviciilor paraclinice**
De aproape 4 ori în intervalul analizat, această evoluție reflectă extinderea programelor de diagnostic și screening, precum și accesul crescut la investigații complexe.
- **Dezvoltarea ambulatoriului clinic**
Creșterea de peste 8 ori a serviciilor clinice sugerează consolidarea rolului ambulatoriului în evaluarea și monitorizarea pacientului oncologic, ca etapă intermediară între medicul de familie și spital.
- **Extinderea serviciilor conexe (transport, centre multifuncționale)**
Creșterile foarte rapide (de peste 5–10 ori) indică apariția unor componente noi ale traseului pacientului, în special legate de acces și suport.
- **Îngrijirile la domiciliu – cea mai dinamică componentă relativă**
Deși pornesc de la un nivel redus, acestea cresc de aproximativ 7 ori, ceea ce reflectă orientarea către continuitatea îngrijirilor și managementul cazurilor în afara spitalului.

Creșterea rapidă a acestor cheltuieli în 2025 sugerează că implementarea PNPPCC a intrat într-o fază de expansiune operațională, cu impact direct asupra structurii cheltuielilor FNUASS.

Analiza structurii furnizorilor pentru serviciile finanțate în cadrul PNPPCC confirmă o pondere majoritară a sectorului privat, care ajunge la 65,10% din totalul cheltuielilor în 2025 (1,67 miliarde RON), însă cu variații importante între tipurile de servicii.

Cea mai mare concentrare a furnizorilor privați se regăsește în zona ambulatorie și a serviciilor conexe. Astfel, serviciile paraclinice, care reprezintă și cea mai mare componentă financiară (683,9 milioane RON), sunt realizate în proporție de 93,22% de furnizori privați. În aceeași logică, centrele medicale multifuncționale (0,74 milioane RON) și serviciile de urgență prespitalicești și transport sanitar (31,9 milioane RON) sunt furnizate exclusiv de sectorul privat (100%), iar îngrijirile medicale la domiciliu (28,0 milioane RON) au o pondere aproape integrală (99,6%).

În cazul asistenței medicale pentru specialități clinice (42,9 milioane RON), participarea privatului este majoritară, dar mai echilibrată (60,54%), indicând o implicare relevantă și a sectorului public.

O situație diferită se observă la nivelul spitalelor generale, unde, deși volumul financiar este cel mai mare (886,7 milioane RON), ponderea furnizorilor privați este de doar 41,25%, ceea ce indică o participare predominantă a sectorului public în această categorie.

În ansamblu, datele arată că implementarea PNPC se bazează în mare măsură pe sectorul privat în zona ambulatorie, paraclinică și a serviciilor conexe, în timp ce serviciile spitalicești rămân mai echilibrate între public și privat.

La nivelul anului 2025, finanțarea dedicată patologiei oncologice în cadrul FNUASS capătă o structură integrată, care cumulează atât componentele curative, cât și pe cele de prevenție și diagnostic precoce. Programul Național de Oncologie însumează **7.085.078.840 RON**, la care se adaugă **3.320.150.144 RON** reprezentând medicamentele utilizate în cadrul contractelor de tip cost-volum pentru tratamentul bolnavilor oncologici (adulți și copii). Acestor componente curative li se adaugă **1.674.181.103 RON** aferente serviciilor suplimentare finanțate prin Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului (PNPC), rezultând un total de **12.079.410.087 RON** alocat direct traseului pacientului oncologic.

Această structură evidențiază complementaritatea dintre cele două mecanisme: programele naționale au un rol predominant **curativ**, concentrându-se pe tratamentul bolii, în timp ce PNPC introduce o dimensiune **preventivă și de diagnostic precoce**, extinzând serviciile în ambulatoriu, paraclinic și în afara spitalului. În acest mod se conturează un model integrat de îngrijire, care acoperă întregul parcurs al pacientului – de la prevenție și depistare timpurie, până la diagnostic rapid și acces la tratament specializat. Practic, pacientul oncologic beneficiază de trasee dedicate, cu acces accelerat la investigații și intervenții terapeutice, într-un sistem care începe să funcționeze coerent pe întreg lanțul de servicii, nu doar în etapa de tratament.

D. Asistența medicală primară

Finanțarea medicinei de familie se realizează printr-un mecanism mixt, în care componenta principală este reprezentată de **activitatea curentă**, structurată în două direcții: plata *per capita* (în funcție de numărul de asigurați înscrși pe lista medicului) și plata *per serviciu* (în funcție de serviciile efectiv prestate). Acestora li se adaugă o serie de finanțări complementare, cu caracter specific sau conjunctural, precum centrele de permanență, serviciile acordate neasiguraților prin pachetul minimal, programele de sănătate publică (ex. COVID-19) sau sprijinul acordat cetățenilor străini.

După reformele introduse în perioada 2021–2022 – respectiv dezvoltarea pachetului de bază prin introducerea de servicii noi (diagnostice, terapeutice și preventive), flexibilizarea programului de lucru al medicilor de familie, extinderea pachetului minimal pentru neasigurați și majorarea valorii punctului (de la 10 la 12 RON pentru per capita și de la 4 la 8 RON pentru per serviciu în semestrul II 2023) – evoluția finanțării asistenței medicale primare a intrat într-o fază de relativă stagnare.

Tabel 15. Finanțarea asistenței medicale primare pe componente, 2024–2025 (RON)

	2024 (RON)	2025 (RON)
Activitate curentă din care	5.066.394.863	4.777.053.454
per capita (12 RON /punct)		1.873.949.207
per servicii (8 RON / punct)		2.892.591.880
medici nou veniti		10.432.767
stimulent de performanta		79.600
Centre de permanenta	213.184.023	185.548.809
Monitorizare pacienți COVID-19	1.927.315	0
Testare Covid-19	3.651.723	0
Sprijin cetățeni străini - Ucraina	689.710	880.927
Pachet minimal NEASIGURAȚI	3.941.425	4.203.693
Plati efectuate in anii precedenti si recuperate in anul curent	-2.600.376	-2.796.141
Total Asistenta medicala primara	5.289.957.158	4.967.709.534

Sursa datelor: CNAS

În perioada 2024–2025, valorile punctelor s-au menținut la 8 RON pentru per capita și 12 RON pentru per serviciu, fără ajustări suplimentare, ceea ce explică dinamica limitată a finanțării, în pofida variațiilor de volum ale activității.

Din perspectiva volumului de activitate, numărul total de puncte per capita a crescut ușor în 2024 față de 2023 (de la 153.295.083 la 155.553.904), dar a revenit în 2025 la un nivel apropiat de cel din 2023 (153.890.729). Similar, punctele per serviciu au crescut în 2024 (365.151.305 față de 352.893.652 în 2023), dar au stagnat practic în 2025 (364.339.210).

Structura detaliată a cheltuielilor evidențiază modul în care resursele sunt distribuite între activitatea curentă și componentele complementare, precum și dinamica acestora între 2024 și 2025.

În 2024, cheltuielile totale pentru asistența medicală primară au fost de **5.289.957.158 RON**, în timp ce în 2025 acestea au scăzut la **4.967.709.534 RON**, marcând o reducere de aproximativ **6,1%**. Această scădere este determinată în principal de diminuarea activității curente (de la 5.066.394.863 RON la 4.777.053.454 RON), ceea ce indică o reducere a volumului de servicii decontate sau o ajustare a consumului de servicii.

Structura din 2025 arată predominanța clară a finanțării *per serviciu* (**2.892.591.880 RON**) comparativ cu *per capita* (**1.873.949.207 RON**), confirmând orientarea sistemului către plata activității efective. Celelalte componente au un impact bugetar redus: finanțarea pentru medici nou veniți (10.432.767 RON) și stimulentele de performanță (79.600 RON) sunt marginale în ansamblul bugetului.

Se remarcă eliminarea completă în 2025 a cheltuielilor legate de pandemia COVID-19 (monitorizare și testare), care însumau peste 5,5 milioane RON în 2024, precum și reducerea finanțării pentru centrele de permanență (de la 213.184.023 RON la 185.548.809 RON). În același timp, cheltuielile pentru sprijinul cetățenilor străini rămân reduse ca volum, dar în ușoară creștere.

Un aspect relevant este ponderea extrem de redusă a **pachetului minimal pentru neasigurați**, care ajunge la **4.203.693 RON în 2025**, reprezentând doar **0,08% din totalul finanțării**. Evoluția acestuia este una de **cvasi-stagnare** (3.941.425 RON în 2024), sugerând un impact limitat al politicilor de extindere a accesului la servicii pentru populația neasigurată, în ciuda modificărilor legislative anterioare.

Din păcate, **Planul Național de Combatere a Cancerului** nu include în mod direct finanțarea serviciilor acordate în medicina de familie, deși acest nivel de asistență are un rol esențial în prevenție, depistare precoce și monitorizarea pacienților oncologici.

În ansamblu, datele indică o stabilizare a mecanismelor de finanțare după creșterile din 2023, fără noi impulsuri semnificative, dar și o ușoară contracție a serviciilor și implicit a finanțării în anul 2025.

Reformele întreprinse în anii 2022 și 2023 au determinat CNAS să planifice o majorare a cheltuielilor cu medicina de familie, care nu s-a concretizat în execuție, comportamentele medicilor neschimbându-se la nivelul anticipat. În consecință, execuția a fost mai mică decât planificarea cu aproximativ 10% în anul 2022 și 25% în anul 2023, CNAS realocând creditele bugetare neutilizate către alte destinații de cheltuieli.

În anul 2024 se produce însă o inversare abruptă a tendinței, gradul de execuție atingând 143%, ca urmare a cumulării mai multor factori. Majorarea valorii punctului în semestrul II 2023 (de la 10 la 12 RON pentru per capita și de la 4 la 8 RON pentru per serviciu) a avut un impact bugetar semnificativ în anul următor. În plus, s-a înregistrat o creștere a numărului de puncte realizate de medicii de familie în 2024 față de 2023, atât pentru componenta per capita, cât și pentru cea per serviciu. Aceste evoluții nu au fost însă pe deplin anticipate în procesul de fundamentare bugetară, ceea ce a condus la o subestimare a necesarului de finanțare.

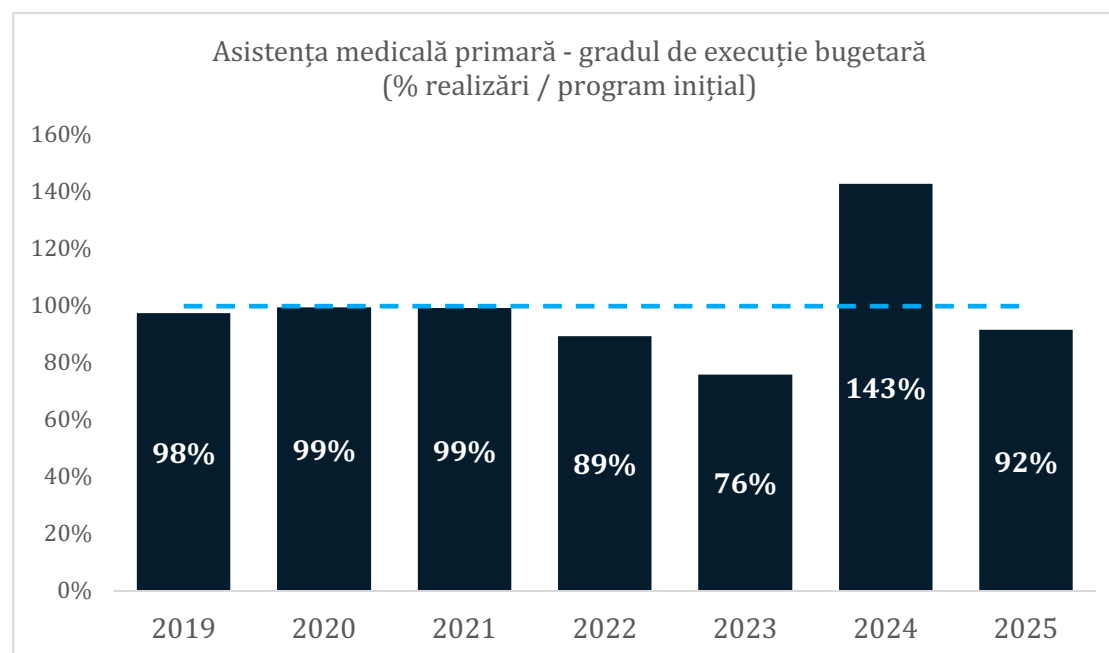


Figura 16. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu asistența medicală primară

Sursa: Ministerul Finanțelor

În anul 2025, gradul de execuție revine la un nivel subunitar (92%), sugerând o recalibrare a planificării bugetare, dar și o posibilă stabilizare a volumului de servicii după creșterea din anul precedent.

În ansamblu, evoluția execuției bugetare pentru asistența medicală primară evidențiază o volatilitate ridicată în perioada analizată, determinată atât de modificările de tarif, cât și de dificultățile în anticiparea comportamentului furnizorilor și a volumului de servicii.

E) Servicii medicale în ambulatoriul clinic de specialitate

Ambulatoriul de specialitate continuă trendul ascendent al finanțării, devenind unul dintre segmentele cele mai dinamice ale sistemului sanitar. Creșterea este susținută atât de majorarea valorii punctului „per serviciu”, cât și de extinderea volumului de servicii medicale acordate, ceea ce reflectă o orientare strategică către tratamentul în regim ambulatoriu și o **inversare treptată a piramidei serviciilor medicale**, în favoarea îngrijirilor extra-spitalicești.

Tabel 16. Evoluția finanțării ambulatoriului de specialitate și a Planului național de cancer (RON)

	2023	2024	2025
Asistența medicală pentru specialități clinice, din care:			
	2.738.495.349	3.592.338.605	4.113.937.974
Planul național de prevenire și combatere a cancerului, din care:	0	5.237.067	42.905.074
Valoare punct	4,5 RON	Trim I -III - 4,5 RON Trim IV - 5 RON	5 RON

Sursa datelor: CNAS

În ceea ce privește volumul de activitate, numărul de puncte per serviciu în ambulatoriu a crescut constant: de la **674.024.364 în 2023**, la **745.792.045 în 2024 (+10,6%)** și **811.185.156**

în 2025 (+8,8% față de 2024). Această evoluție indică o dezvoltare reală a serviciilor acordate în ambulatoriul de specialitate, aspect pozitiv din perspectiva eficientizării sistemului.

Un factor important a fost creșterea valorii punctului „per serviciu” la **5 RON în trimestrul IV 2024**, nivel care s-a menținut și pe parcursul anului 2025. Chiar și în aceste condiții, valoarea punctului rămâne relativ modestă în raport cu alte segmente ale sistemului, însă stabilitatea acesteia, combinată cu creșterea volumului de servicii, a contribuit la majorarea finanțării totale.

Datele agregate evidențiază o creștere semnificativă a finanțării ambulatoriului de specialitate în perioada analizată.

Finanțarea totală pentru specialități clinice a crescut de la **2.738.495.349 RON în 2023** la **3.592.338.605 RON în 2024** (+31,2%), ajungând la **4.113.937.974 RON în 2025** (+14,5% față de 2024). Per total, creșterea în intervalul 2023–2025 este de aproximativ **50,2%**, ceea ce confirmă o expansiune accelerată a acestui sector.

Un element de noutate major începând cu anul 2024 îl reprezintă introducerea finanțării pentru **Planul național de prevenire și combatere a cancerului** în ambulatoriul de specialitate. Dacă în 2023 nu existau alocări dedicate (0 RON), în 2024 au fost finanțate servicii în valoare de **5.237.067 RON**, iar în 2025 suma a crescut semnificativ la **42.905.074 RON**. Această evoluție reflectă dezvoltarea serviciilor preventive și de depistare precoce în ambulatoriu, un pas important în direcția managementului eficient al patologiilor oncologice.

Creșterea finanțării este susținută atât de extinderea volumului de servicii, cât și de diversificarea acestora, în special în zona prevenției. Spre deosebire de medicina de familie, unde implicarea în programele oncologice rămâne limitată, ambulatoriul de specialitate devine un vector important pentru implementarea politicilor de sănătate publică în domeniul cancerului.

În ansamblu, evoluția ambulatoriului de specialitate în perioada 2023–2025 este una pozitivă, caracterizată prin creșteri consistente ale finanțării și ale volumului de activitate, precum și prin extinderea rolului acestuia în prevenție și managementul bolilor cronice.

Din totalul finanțării pentru ambulatoriul de specialitate în anul 2025 (**4.113.937.974 RON**), o componentă importantă este reprezentată de **ambulatoriile integrate ale spitalelor**, care au beneficiat de servicii decontate în valoare de **1.018.819.238 RON**. Dintre acestea, **740.999.493 RON** au revenit unităților publice, în timp ce **277.819.745 RON** au fost alocate furnizorilor privați din cadrul ambulatoriilor integrate.

Un element nou îl reprezintă finanțarea serviciilor din cadrul **Planului național de prevenire și combatere a cancerului**, care a ajuns la **42.905.000 RON** la nivelul ambulatoriului. Din această sumă, **16.930.000 RON** au fost decontați către sectorul public și **25.975.000 RON** către furnizorii privați, ceea ce indică o distribuție relativ echilibrată (ponderea privatului fiind de aproximativ 60,54%). Acest tip de servicii, orientat către prevenție și depistare precoce, capătă o importanță tot mai mare în structura ambulatoriului.

În afara acestora, restul furnizorilor din ambulatoriul de specialitate sunt preponderent privați. Astfel, per ansamblu, furnizorii privați au realizat servicii în valoare de **3.355.992.655 RON**, reprezentând aproximativ **81,6% din totalul finanțării ambulatoriului**, în timp ce sectorul public a cumulat **757.945.319 RON**. Deși la prima vedere sectorul pare dominat de furnizorii privați, această imagine trebuie nuanțată.

În cazul ambulatoriilor integrate ale spitalelor publice, **cheltuielile de personal (inclusiv creșterile salariale)** sunt suportate din FNUASS prin alte capitole bugetare, distinct de decontarea serviciilor. Aceste costuri nu pot fi cuantificate exact la nivelul ambulatoriului, deoarece personalul medical își desfășoară activitatea atât în ambulatoriu, cât și în secțiile spitalului. În consecință, pentru aceleași servicii prestate, furnizorii publici beneficiază de un **avantaj structural** față de cei privați, care își acoperă integral cheltuielile din tarifele decontate.

Activitatea cabinetelor din ambulatoriul de specialitate rămâne însă limitată de reglementările CNAS, care impun un program de lucru de **7 ore pe zi** și un timp minim alocat fiecărei consultații. Aceste constrângeri determină un plafon al numărului de consultații zilnice:

- **15 minute/consultație** – maximum 28 consultații/zi (majoritatea specialităților);
- **20 minute/consultație** – maximum 21 consultații/zi (ex. neurologie);
- **30 minute/consultație** – maximum 14 consultații/zi (ex. psihiatrie, îngrijiri paliative).

În plus, decontarea serviciilor conexe este plafonată la un nivel mediu de **154 de puncte pe zi**, ceea ce limitează suplimentar volumul de activitate ce poate fi decontat. Aceste restricții influențează direct capacitatea furnizorilor de a răspunde cererii crescânde de servicii medicale și pot afecta accesul pacienților la consultații de specialitate, în pofida creșterii generale a finanțării acestui sector.

Gradul de execuție al cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate este, în general, apropiat de nivelul programat, ca urmare a constrângerilor stabilite prin contractul-cadru asupra

volumului de servicii ce pot fi furnizate de medicii specialiști. Totuși, în anul 2023, programul bugetar a fost supraestimat, execuția atingând doar 78%, din motive similare cu cele observate în asistența medicală primară, respectiv o anticipare prea optimistă a volumului de servicii.

În anul 2024 se observă o inversare semnificativă, gradul de execuție ajungând la 129%. Această creștere este explicată atât prin majorarea valorii punctului în trimestrul IV (de la 4,5 RON la 5 RON), cât și prin introducerea serviciilor finanțate prin Planul Național de Prevenire și Combateră a Cancerului (PNPCC), care au extins semnificativ sfera de servicii decontate în ambulatoriul de specialitate. Ca și în cazul medicinei de familie, impactul cumulat al acestor modificări nu a fost pe deplin anticipat în programarea bugetară.

În anul 2025, execuția revine la un nivel foarte apropiat de cel planificat (99%), indicând o recalibrare a bugetării în raport cu nivelul real al serviciilor furnizate și cu noile componente introduse în anul anterior.

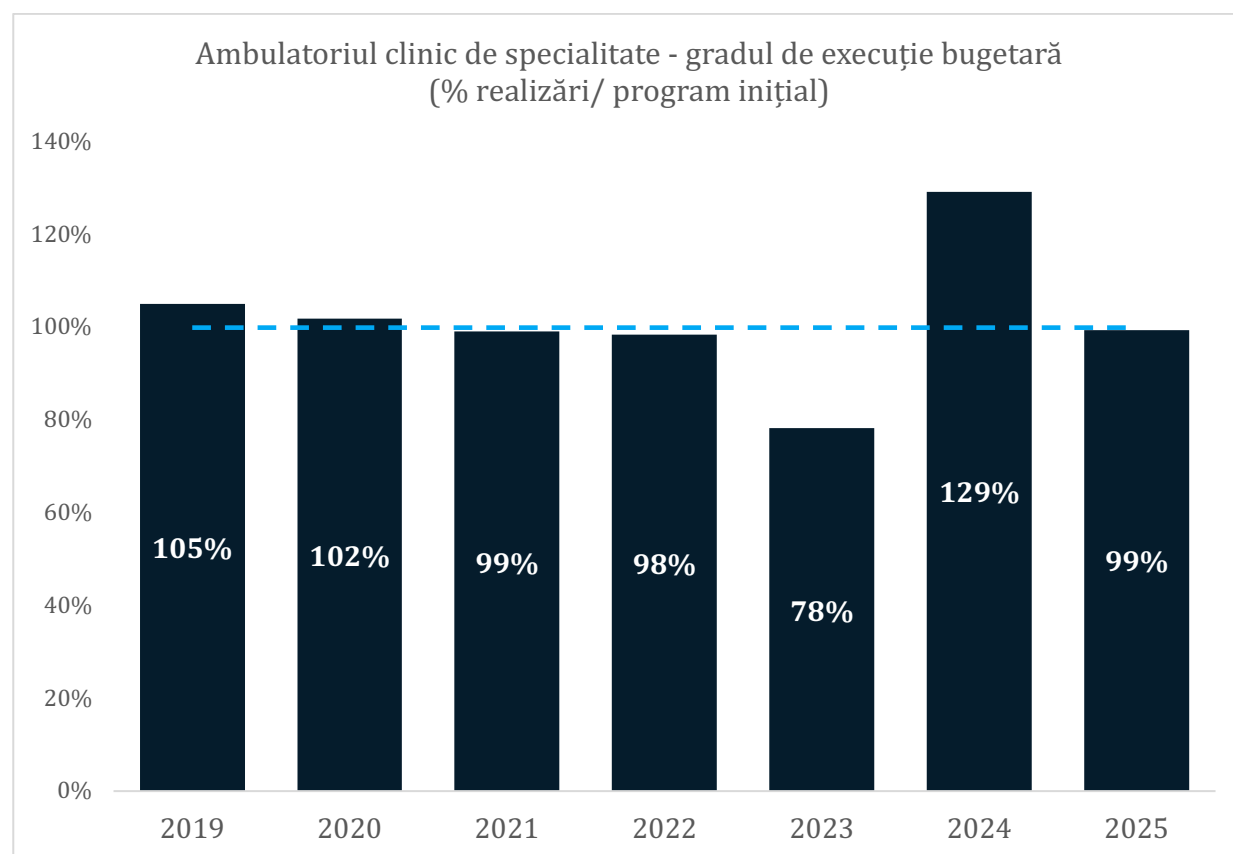


Figura 17. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate

Sursa: Ministerul Finanțelor

F) Servicii medicale în ambulatoriul paraclinic de specialitate

Investigațiile paraclinice continuă să reprezinte unul dintre cele mai dinamice segmente ale finanțării din FNUASS, tendința de creștere accelerată observată în perioada anterioară menținându-se și în anii 2024–2025. Dacă în 2023 bugetul atinsese 1.643.132.350 RON, pe fondul extinderii serviciilor și al introducerii programelor de tip „Monitor”, în 2024 și 2025 se observă o nouă etapă de dezvoltare, caracterizată de extinderea programelor dedicate și de o reconfigurare a structurii cheltuielilor.

Programele de tip Monitor au avut un rol esențial în creșterea finanțării în perioada anterioară, facilitând accesul la investigații paraclinice pentru pacienții cu afecțiuni cronice sau post-acute:

- Monitor 1 – pacienți post-COVID;
- Monitor 2 – pacienți oncologici;
- Monitor 3 – pacienți cu diabet zaharat;
- Monitor 4 – pacienți cu boli cardiovasculare;
- Monitor 5 – pacienți cu boli rare;
- Monitor 6 – pacienți cu boli neurologice;
- Monitor 7 – pacienți cu boli cerebrovasculare.

Aceste mecanisme au permis furnizorilor să acorde investigații peste valoarea contractată, compensând parțial limitările structurale generate de plafoanele impuse în sistem (plafon pe furnizor și plafon județean), care în continuare conduc frecvent la epuizarea fondurilor în prima parte a lunii și la liste de așteptare pentru pacienți.

În anul 2024, bugetul pentru asistența paraclinică crește semnificativ la 2.388.224.952 RON, iar în 2025 ajunge la 2.871.883.990 RON, ceea ce confirmă continuarea tendinței de expansiune. Această creștere nu mai este însă determinată în principal de activitatea curentă, ci de introducerea și extinderea unor programe dedicate, în special în oncologie.

Analiza pe componente evidențiază o modificare structurală importantă:

- **activitatea curentă scade** de la 2.054.445.240 RON în 2024 la 1.976.818.376 RON în 2025;
- în schimb, **Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului (PNPCC)** crește puternic, de la 176.123.500 RON la 683.920.932 RON;

- este consolidat **programul de testare genetică**, care crește de la 43.102.850 RON la 74.110.974 RON;
- programul **PET-CT** continuă creșterea, ajungând la 133.996.000 RON;
- monitorizarea diabetului rămâne la un nivel redus și stabil.

Această evoluție arată că, deși per total bugetul crește, **ponderea activității curente se reduce**, fiind înlocuită progresiv de programe ținute, cu finanțare dedicată.

Tabel 17. Structura cheltuielilor pentru asistența medicală paraclinică (2024–2025)

Componentă	2024 (RON)	2025 (RON)	% Privat 2025
Asistență medicală pentru specialități paraclinice – TOTAL	2.388.224.952	2.871.883.990	88,92%
Activitate curentă	2.054.445.240	1.976.818.376	87,11%
Planul național de prevenire și combatere a cancerului (PNPCC)	176.123.500	683.920.932	93,15%
Programul național de PET-CT	111.570.510	133.996.000	94,66%
Evaluare anuală diabet (HbA1c)	2.982.852	3.037.708	0,00%
Subprogram național de testare genetică	43.102.850	74.110.974	91,36%

Sursa datelor: CNAS

Din perspectiva furnizorilor, sectorul paraclinic rămâne dominat de privat, cu o pondere totală de **88,92% în 2025**, în creștere față de anii anteriori. Dominanța este și mai accentuată în cazul programelor noi:

- PNPCC: 93,15% furnizori privați;
- testare genetică: 91,36%;
- PET-CT: 94,66%.

În schimb, serviciile realizate în sectorul public sunt concentrate în principal în **ambulatoriile integrate ale spitalelor**, care acoperă:

- o parte din activitatea curentă;
- componenta publică a PNPCC;
- integral monitorizarea diabetului.

Datele arată că, în afara acestor structuri integrate, serviciile paraclinice sunt furnizate în proporție covârșitoare de furnizori privați, care au devenit o componentă importantă a sistemului de sănătate, contribuind la extinderea accesului populației la servicii de diagnostic și la dezvoltarea capacității de furnizare a acestora.

În ansamblu, evoluția din 2024–2025 indică o transformare a sectorului paraclinic:

- de la un model bazat predominant pe activitate curentă plafonată,
- către un model mixt, în care **programele dedicate (în special oncologice) devin principalul motor de creștere.**

Această tranziție are implicații directe asupra accesului pacienților, dar și asupra structurii pieței, consolidând rolul furnizorilor privați în zona investigațiilor de înaltă complexitate.

Gradul de execuție al cheltuielilor cu investigațiile paraclinice a fost variabil în perioada 2019–2023, după cum este ilustrat în *Figura 18*. În anii 2021 și 2022, extinderea pachetului de servicii a avut drept consecință necesitatea majorării creditelor bugetare aprobate inițial, execuția depășind programul (114% și 113%). În anul 2023, planificarea bugetară a fost apropiată de necesarul real (98%), contribuind decisiv majorarea cu aproximativ o treime a creditelor față de execuția din 2022, în condițiile constrângerilor impuse de contractul-cadru.

În anul 2024, gradul de execuție revine la un nivel supraunitar (113%), sugerând o reluare a presiunii pe acest tip de servicii, posibil în contextul creșterii adresabilității și al extinderii investigațiilor asociate unor programe noi, inclusiv în zona oncologică.

În anul 2025, execuția se stabilizează la un nivel foarte apropiat de cel planificat (102%), indicând o calibrare mai bună a bugetului în raport cu consumul efectiv.

În ansamblu, spre deosebire de alte segmente, ambulatoriul paraclinic se caracterizează printr-o **relativă stabilitate a execuției bugetare**, deviațiile fiind moderate și corelate în principal cu extinderi punctuale ale serviciilor sau cu variații ale cererii.

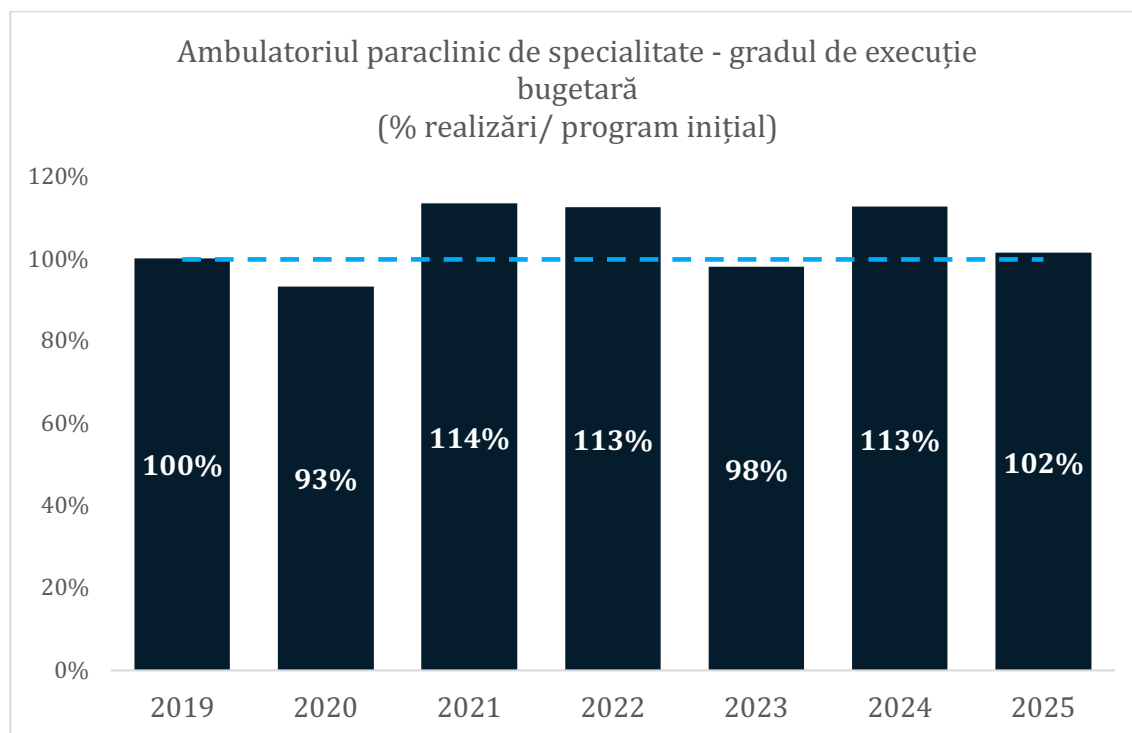


Figura 18. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul paraclinic de specialitate

Sursa: Ministerul Finanțelor

G. Serviciile de urgență prespitalicești și transport sanitar

Aceste servicii au înregistrat o creștere constantă, de la 68,6 milioane RON în 2023 la 88,0 milioane RON în 2024 (+28%), ajungând la 111,1 milioane RON în 2025 (+26%), ceea ce înseamnă o creștere cumulată de aproximativ +62% în perioada analizată. Sistemul este asigurat de 147 furnizori și 731 de ambulanțe, ceea ce indică o extindere a capacității operaționale în paralel cu creșterea finanțării.

H. Serviciile de îngrijiri la domiciliu

Finanțarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu a crescut de la 97,7 milioane RON în 2024 la 122,4 milioane RON în 2025 (+25%), în contextul extinderii paletei de servicii prin introducerea îngrijirilor paliative la domiciliu. În 2025, 246 furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu și 8 furnizori de îngrijiri paliative au realizat peste 4,19 milioane servicii medicale și 141.631 servicii paliative, ceea ce reflectă o creștere a volumului de activitate și o diversificare a serviciilor acordate în afara spitalului.

I. Asistența medicală stomatologică

Cheltuielile pentru asistența stomatologică au crescut de la 284,0 milioane RON în 2023 la 431,7 milioane RON în 2024 (+52%), ajungând la 464,9 milioane RON în 2025 (+7,7%), ceea ce indică o creștere cumulată de aproximativ +64%. Rețeaua include 6.657 medici stomatologi în contract cu CAS, dintre care doar 264 în sectorul public, ceea ce evidențiază dominanța sectorului privat. Au fost realizate 2,65 milioane acte terapeutice, dintre care doar ~50.000 în sectorul public (~2%). Menținerea plafonului de 6.000 RON/lună/furnizor limitează însă capacitatea de răspuns a sistemului la nevoile reale.

J. Asistența medicală în centrele medicale multifuncționale

Această categorie a înregistrat o creștere semnificativă a finanțării, de la 180,3 milioane RON în 2023 la 306,0 milioane RON în 2024 (+70%) și 315,8 milioane RON în 2025 (+3%), respectiv o creștere cumulată de aproximativ +75%. În 2025 au fost decontate 19,65 milioane proceduri, ceea ce reflectă un volum ridicat de servicii, în special în zona de recuperare și reabilitare în ambulatoriu.

K. Spitale generale

În anul 2025, un număr de **373 spitale publice și 407 spitale private** au fost în relație contractuală cu CNAS, ceea ce reflectă o participare extinsă a sectorului privat în furnizarea de servicii spitalicești, în special în zona spitalizării de zi. Dezvoltarea spitalelor private este evidentă, acestea înregistrând creșteri semnificative atât în ceea ce privește activitatea, cât și finanțarea. Totuși, o comparație directă între spitalele publice și cele private trebuie realizată cu prudență, având în vedere diferențele structurale importante, în special în ceea ce privește capacitatea de spitalizare continuă.

Se observă că, similar anilor anteriori, **o proporție semnificativă a paturilor din structura spitalelor private aprobate de Ministerul Sănătății nu este contractată cu CNAS**. În 2025, spitalele private au 12.156 paturi aprobate, dar doar 5.090 sunt contractate, ceea ce înseamnă aproximativ **41,9% contractate și 58,1% necontractate**. Această situație este determinată de plafonarea numărului total de paturi contractabile la nivel național, stabilit anual prin ordin al ministrului sănătății

Tabelul 18. Situația paturilor contractate pentru spitalele publice și private în 2025

Tip Paturi de spital	Spitale private	Spitale publice	Total
Nr. Paturi spitalizare continuă din structura aprobată de MS	12.156	125.595	137.751
Nr. Paturi spitalizare continuă contractabile, din care	5.090	110.635	116.615
Nr. Paturi spitalizare continuă ACUT	3.689	87.734	91.423
Nr. Paturi spitalizare continuă CRONIC	2.276	22.901	25.177
Nr. paturi PALIAȚIE contractat (în afara Planului de paturi)	2.000	1.246	3.661
Nr. paturi spitalizare de zi aflate în contract	4.696	6.775	11.471

Sursa datelor: CNAS

În ceea ce privește **spitalizarea continuă**, spitalele private dispun de doar **5.090 paturi contractate**, reprezentând aproximativ **4,4% din totalul național (116.615 paturi)**, în timp ce spitalele publice concentrează peste **95% din capacitatea contractată**. Această distribuție evidențiază în continuare rolul dominant al sectorului public în furnizarea serviciilor de spitalizare continuă.

Pe componente, distribuția rămâne similar dezechilibrată:

- pentru cazurile acute, spitalele private au **3.689 paturi**, reprezentând aproximativ **4,0% din total**;
- pentru cazurile cronice, spitalele private au **2.276 paturi**, adică aproximativ **9,0% din total**, o pondere mai ridicată decât la acut, dar în continuare limitată.

În cazul **îngrijirilor paliative**, care sunt contractate în afara planului de paturi, distribuția este diferită: spitalele private dețin **2.000 paturi**, comparativ cu **1.246 în sectorul public**, ceea ce înseamnă aproximativ **54,6% din totalul paturilor de paliatie**. Acest segment rămâne unul în care sectorul privat are o prezență mai puternică.

Pentru **spitalizarea de zi**, distribuția este mult mai echilibrată: din totalul de 11.471 paturi, **4.696 (aprox. 41%) sunt în spitalele private**, iar **6.775 (aprox. 59%) în spitalele publice**. Această structură confirmă tendința observată și la nivelul activității, respectiv o implicare mai accentuată a sectorului privat în serviciile de spitalizare de zi, comparativ cu spitalizarea continuă.

În ansamblu, datele arată că, deși numărul unităților private este comparabil cu cel al spitalelor publice, **diferențele de capacitate rămân majore**, în special în zona spitalizării continue, unde sectorul public deține aproape întreaga infrastructură contractată, în timp ce sectorul privat este mult mai activ în zona serviciilor de zi și în anumite segmente specifice, precum îngrijirile paliative.

Analiza comparativă a activității arată o **creștere a numărului total de cazuri de spitalizare continuă**, de la 3.591.197 în 2023 la 3.864.154 în 2025 (+7,6%). Această creștere este susținută atât de sectorul public, cât și de cel privat, însă ponderea privatului rămâne redusă:

- **6,7% în 2025** (259.608 cazuri), față de **5,6% în 2023** (200.194 cazuri). Sectorul public continuă să domine clar spitalizarea continuă, cu peste 93% din cazuri.

În ceea ce privește **spitalizarea de zi**, evoluția este diferită: numărul total de cazuri scade ușor (-2,7%), de la 5.955.892 în 2023 la 5.793.399 în 2025. În schimb, structura se modifică semnificativ în favoarea sectorului privat:

- spitalele private cresc de la **1.324.531 cazuri la 2.306.269 cazuri (+74%)**,
- ponderea acestora ajunge la **aproximativ 39,8% în 2025**, comparativ cu **22,2% în 2023**.

Această dinamică indică o **reorientare a activității private către spitalizarea de zi**, unde barierele de intrare sunt mai reduse și organizarea serviciilor este mai flexibilă.

Un element relevant în structura spitalizării continue îl reprezintă cazurile cronice. În 2025:

- în sectorul privat, **58.918 cazuri** sunt cronice, reprezentând aproximativ **22,7%** din totalul spitalizărilor continue private;
- în sectorul public, **342.292 cazuri** sunt cronice, adică aproximativ **9,5%** din total.

Aceste valori sugerează o **pondere mai ridicată a cazurilor cronice în spitalele private**, în timp ce spitalele publice gestionează preponderent cazuri acute, în volum mult mai mare.

Tabelul 19. Activitatea spitalelor contractate cu CNAS – comparație 2023 vs 2025 (număr cazuri)

	Nr. cazuri spitalizare continuă 2023	Nr. cazuri spitalizare de zi 2023	Nr. cazuri spitalizare continuă 2025	Nr. cazuri spitalizare de zi 2025
Spitale publice	3.391.003	4.631.361	3.604.546	3.487.130
Spitale private	200.194	1.324.531	259.608	2.306.269
Total	3.591.197	5.955.892	3.864.154	5.793.399

Sursa datelor: INMSS

În ansamblu, datele arată că:

- **spitalizarea continuă rămâne dominată de sectorul public**, cu o creștere moderată a volumului total;
- **spitalizarea de zi devine un segment în care sectorul privat câștigă rapid teren**, atât ca volum, cât și ca pondere;
- există diferențe structurale între cele două sectoare în ceea ce privește tipologia cazurilor tratate, în special în zona afecțiunilor cronice.

Finanțarea spitalelor se regăsește în două capitole bugetare principale în cadrul execuției bugetare a CNAS:

- **Spitale generale** – acest capitol include finanțarea serviciilor medicale spitalicești, respectiv spitalizări continue (cazuri acute DRG și non-DRG, cazuri cronice), spitalizare de zi, precum și, distinct începând cu anii recenti, serviciile de îngrijiri paliative raportate separat. Pe lângă aceste servicii, capitolul include și finanțarea unor programe naționale derulate prin spitale (în principal oncologie, PET-CT, alte subprograme specifice), precum și o serie de cheltuieli suportate pentru spitalele publice din bugetul FNUASS, precum voucherele de vacanță, indemnizațiile pentru

cadrele didactice medicale, alocația de hrană sau serviciile acordate cetățenilor ucraineni. Începând cu anii 2024 și 2025, atât pentru spitalele publice, cât și pentru cele private, apare distinct și finanțarea aferentă **Planului Național de Prevenire și Combatere a Cancerului (PNPCC)**, ca nou capitol de cheltuieli.

- **Transferuri între unități ale administrației publice** – reprezintă sume transferate din FNUASS către unitățile sanitare publice pentru acoperirea creșterilor salariale. Aceste sume trebuie adăugate finanțării directe din capitolul „Spitale generale” pentru a reflecta corect nivelul total al resurselor alocate spitalelor publice.

Pentru a obține o imagine clară și exactă a finanțării spitalelor publice și private, a fost necesară consolidarea datelor din mai multe surse. Această consolidare a inclus extragerea și corelarea informațiilor din diferite capitole bugetare și programe, având în vedere că finanțarea spitalelor este dispersată și include atât servicii medicale propriu-zise, cât și fonduri dedicate programelor naționale și altor tipuri de cheltuieli suportate prin FNUASS. Astfel, agregarea acestor informații permite o reprezentare mai fidelă a resurselor efectiv alocate funcționării și activității spitalelor din România.

Tabelul 20 descompune capitolul bugetar **Spitale generale** pe capitole de cheltuieli, realizând o analiză comparativă a finanțării între anii 2023, 2024 și 2025.

Capitolul „Spitale generale” a înregistrat o creștere constantă în perioada analizată, de la **14,16 miliarde RON în 2023 la 16,47 miliarde RON în 2024 (+16,4%) și 17,74 miliarde RON în 2025 (+7,7% față de 2024)**. Per total, creșterea între 2023 și 2025 este de aproximativ **25,3%**, reflectând atât majorarea volumului de servicii, cât și introducerea unor noi componente de finanțare, inclusiv Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului.

Tabelul 20. Capitolul Spitale generale în bugetul CNAS

Categorie cheltuieli	2023	2024	2025
• Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi (adulți și copii)	368.144.878	540.582.010	738.671.522
• Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță – PET-CT	9.752.390	12.650.110	11.774.900

• Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți (PNS Oncologie)		1.477.720	1.006.943
• Programul național de endometrioză	4.832.374	20.219.511	31.580.500
• Decontare internări continue DRG spitale publice	8.930.395.586	9.944.282.023	10.486.932.520
• Decontări internări continue cronici spitale publice	1.420.684.914	1.510.123.655	1.456.639.791
• Decontări îngrijiri paliative spitale publice			70.815.641
• Valoare suplimentată în baza art. 16, alin.(2 ¹), Anexa 23 din Ordin 1068/2021 cu modificările și completările ulterioare spitale publice	18.058.156	12.095.303	11.413.471
• Decontări spitalizare de zi (SZ) spitale publice	1.304.374.803	1.503.928.518	1.478.843.728
• Vouchere de vacanță	155.962.466	237.530.797	70.549.212
• Indemnizație integrare clinică cadre universitare medicale	176.502.563	236.959.909	213.796.398
• Suma corespunzătoare alocației de hrană din unitățile sanitare publice	493.245.156	625.533.419	571.583.664
• Sume privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați	11.421.174	12.075.157	13.024.963

în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina			
• Planul național de prevenire și combatere a cancerului - spitale publice		130.473.166	527.176.342
• Cheltuieli aferente desfășurării operațiunilor de eliminare a medicamentelor expirate și/sau neutilizate provenite de la populație conform art.2 din Ordin (MS) 2684/2024 cu modificările și completările ulterioare		35.538	162.117
• Decontare internări continue DRG spitale private	421.241.923	535.026.332	586.458.557
• Decontări internări continue cronici spitale private	241.989.288	297.843.009	130.657.552
• Decontări îngrijiri paliative spitale private			169.478.434
• Decontări spitalizare de zi (SZ) spitale private	615.626.036	773.692.960	811.140.344
Planul național de prevenire și combatere a cancerului - spitale private		79.948.680	358.603.093
TOTAL SPITALE GENERALE	14.155.771.827	16.474.477.817	17.740.309.692

Sursa datelor: CNAS.

Analiza datelor din Tabelul 20 trebuie realizată pe componentele individuale de cheltuieli, având în vedere că programele naționale incluse în acest capitol au fost deja detaliate în capitolul dedicat Programelor Naționale de Sănătate.

În ceea ce privește **subprogramul de radioterapie realizat în regim de spitalizare de zi**, se observă o creștere constantă și semnificativă a finanțării, de la 368,1 milioane RON în 2023 la 540,6 milioane RON în 2024 (+**46,8%**) și 738,7 milioane RON în 2025 (+**36,6% față de 2024; +100,7% față de 2023**). Evoluția indică o extindere progresivă a volumului de servicii sau a tarifelor decontate în acest segment.

Pentru **programul PET-CT**, creșterea din 2024 (12,65 milioane RON) față de 2023 (9,75 milioane RON) este de **+29,7%**, urmată de o scădere în 2025 la 11,77 milioane RON (**-6,9% față de 2024; +20,7% față de 2023**), sugerând o stabilizare după un an de creștere.

Subprogramul de diagnostic și monitorizare a bolii reziduale în leucemii acute apare în execuția bugetară în 2024 (1,47 milioane RON), iar în 2025 scade la 1,00 milioane RON (**-31,9%**), menținându-se la un nivel redus.

Programul național de endometrioză înregistrează o creștere accelerată, de la 4,8 milioane RON în 2023 la 20,2 milioane RON în 2024 (**+318%**) și 31,6 milioane RON în 2025 (**+56,2% față de 2024; +553% față de 2023**), reflectând extinderea rapidă a acestui program.

În ceea ce privește **spitalizarea continuă DRG în spitalele publice**, finanțarea crește de la 8,93 miliarde RON în 2023 la 9,94 miliarde RON în 2024 (**+11,4%**) și 10,49 miliarde RON în 2025 (**+5,5% față de 2024; +17,4% față de 2023**), ceea ce se explică atât prin creșterea numărului spitalizărilor continue în sectorul public, apropiindu-se de cifrele prepandemice, cât și creșterea de 17% a tarifelor pe caz ponderat realizată în anul 2023.

Pentru **spitalizarea continuă a cazurilor cronice în spitalele publice**, valorile sunt relativ stabile: 1,42 miliarde RON în 2023, 1,51 miliarde RON în 2024 (**+6,3%**) și 1,46 miliarde RON în 2025 (**-3,5% față de 2024; +2,5% față de 2023**). Începând cu 2025, apare o **defalcare distinctă a îngrijirilor paliative** (70,8 milioane RON). Dacă se agregă cele două componente pentru 2025, rezultă aproximativ **1,53 miliarde RON**, adică **+1,2% față de 2024 și +7,5% față de 2023**, ceea ce indică în principal o reclasificare, nu o modificare majoră de volum.

Valoarea suplimentată conform Ordinului 1068/2021 este în scădere: 18,0 milioane RON în 2023 → 12,1 milioane RON în 2024 (**-33,0%**) → 11,4 milioane RON în 2025 (**-5,6% față de 2024; -36,8% față de 2023**).

Pentru **spitalizarea de zi în spitalele publice**, se observă o creștere în 2024 la 1,50 miliarde RON (**+15,3%**), urmată de o ușoară scădere în 2025 la 1,48 miliarde RON (**-1,7% față de 2024; +13,4% față de 2023**), sugerând stabilizare.

În ceea ce privește **cheltuielile suportate pentru spitalele publice prin FNUASS**, evoluțiile sunt neuniforme:

- **voucherele de vacanță**: 155,9 milioane RON → 237,5 milioane RON (**+52,3%**) → 70,5 milioane RON (**-70,3% față de 2024; -54,8% față de 2023**);

- **indemnizația de integrare clinică:** 176,5 milioane RON → 236,9 milioane RON (+34,3%) → 213,8 milioane RON (−9,8% față de 2024; +21,1% față de 2023);
- **alocația de hrană:** 493,2 milioane RON → 625,5 milioane RON (+26,8%) → 571,6 milioane RON (−8,6% față de 2024; +15,9% față de 2023);
- **cheltuielile pentru cetățeni străini** cresc constant: 11,4 milioane RON → 12,1 milioane RON (+5,7%) → 13,0 milioane RON (+7,9% față de 2024; +14,0% față de 2023).

Începând cu 2024 apare distinct finanțarea aferentă **PNPCC**:

- spitale publice: 130,5 milioane RON → 527,2 milioane RON (+304%);
- spitale private: 79,9 milioane RON → 358,6 milioane RON (+349%).

De asemenea, în 2025 apare distinct o categorie de **cheltuieli pentru eliminarea medicamentelor expirate**, cu o valoare redusă (162.117 RON), după un nivel marginal în 2024.

În sectorul privat, **spitalizarea continuă DRG** crește de la 421,2 milioane RON în 2023 la 535,0 milioane RON în 2024 (+27,0%) și 586,5 milioane RON în 2025 (+9,6% față de 2024; +39,2% față de 2023).

Pentru **cazurile cronice**, se observă o scădere aparentă în 2025 (130,7 milioane RON), față de 241,9 milioane RON în 2023 și 297,8 milioane RON în 2024. Aceasta trebuie interpretată în contextul introducerii separate a **îngrijirilor paliative** (169,5 milioane RON). Cumulate, cele două componente ating aproximativ **300 milioane RON**, ceea ce înseamnă **+0,7% față de 2024** și **+23,9% față de 2023**, confirmând efectul de reclasificare.

Spitalizarea de zi în spitalele private crește constant: 615,6 milioane RON → 773,7 milioane RON (+25,7%) → 811,1 milioane RON (+4,8% față de 2024; +31,7% față de 2023), indicând o extindere continuă a acestui tip de servicii.

Din punctul de vedere al finanțării serviciilor medicale de spitalizare decontate de CNAS, structura pe tipuri de servicii evidențiază diferențe clare între spitalele publice și cele private, așa cum este ilustrat în figura de mai jos.

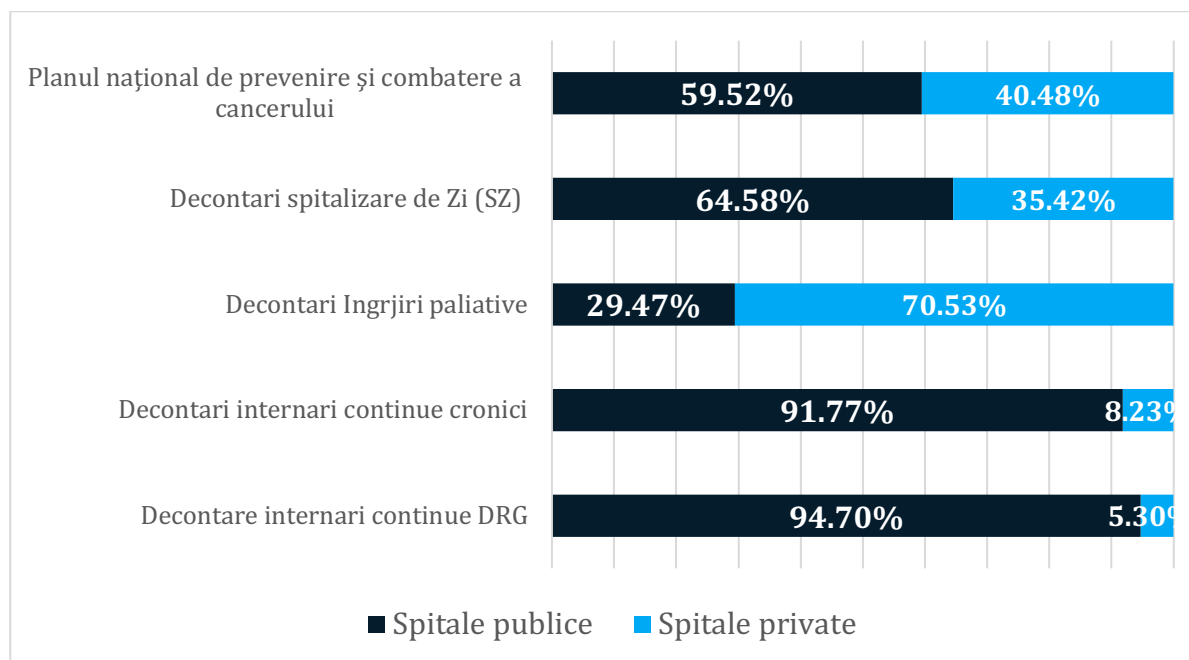


Figura 19. Decontarea serviciilor medicale spitalicești – furnizori publici vs privați (2025)

Sursa datelor: CNAS

Analiza comparativă pe principalele categorii de servicii intraspitalicești arată următoarele:

1. **Spitalizările continue acuți (DRG):** Spitalele private atrag aproximativ **5,3% din totalul finanțării**, în timp ce spitalele publice concentrează **94,7%**. Această distribuție reflectă structura capacității de spitalizare, unde sectorul public deține majoritatea covârșitoare a paturilor pentru cazuri acute.
2. **Spitalizările continue pentru cronici:** Sectorul privat înregistrează o pondere de aproximativ **8,2%**, comparativ cu **91,8% în sectorul public**. Ponderea redusă confirmă faptul că tratamentul cazurilor cronice rămâne concentrat în sectorul public, după separarea distinctă a îngrijirilor paliative în anul 2025.
3. **Spitalizările de zi (SZ):** Spitalele private dețin aproximativ **35,4% din finanțare**, în timp ce spitalele publice atrag **64,6%**. Aceasta este cea mai echilibrată categorie, evidențiind rolul important al sectorului privat în furnizarea acestor servicii.
4. **Îngrijirile paliative:** În această categorie, distribuția este inversată: sectorul privat concentrează aproximativ **70,5% din finanțare**, față de **29,5% în sectorul public**, ceea ce indică o dezvoltare mai accentuată a acestui tip de servicii în mediul privat.

5. **Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului (PNPCC):** Pentru serviciile finanțate prin PNPCC, distribuția este relativ mai echilibrată, cu aproximativ **40,5% din fonduri direcționate către sectorul privat și 59,5% către sectorul public.** Această structură reflectă caracterul transversal al planului, care implică atât spitalele publice, cât și pe cele private în furnizarea serviciilor oncologice.

În ansamblu, datele pentru anul 2025 arată că **spitalele publice domină segmentul spitalizărilor continue (în special cazurile acute și cronice), în timp ce sectorul privat are o prezență semnificativă în spitalizarea de zi, domină serviciile de paliativitate și participă într-o proporție relevantă la implementarea Planului Național de Cancer.**

Un element structural esențial în finanțarea spitalelor publice îl reprezintă **influențele salariale**, decontate din FNUASS printr-un mecanism distinct față de plata serviciilor medicale. Aceste sume sunt alocate prin capitolul bugetar „**Transferuri între unități ale administrației publice**”, separat de capitolul „Spitale generale”, și vizează acoperirea creșterilor salariale din sistemul public de sănătate introduse începând cu anul 2017.

Mecanismul de calcul al influențelor salariale este unul cumulativ: pentru fiecare angajat din sistemul public, se determină diferența dintre salariul brut actual și salariul brut corespunzător anului de referință 2016. Aceste diferențe sunt agregate la nivelul fiecărui spital și decontate lunar de către casele județene de asigurări de sănătate. În consecință, orice creștere ulterioară a salariilor (majorări generale, creșteri în grad profesional, sporuri), precum și angajările noi, se reflectă automat în creșterea valorii influențelor salariale.

Acest mecanism explică evoluția constant ascendentă a acestor cheltuieli în perioada 2017–2025, cu accelerări semnificative în ultimii ani. Majorările salariale adoptate în 2023 (în special pentru personalul medical și auxiliar – medici, asistenți, dar și personal TESA) au fost integrate integral în baza de calcul, ceea ce a condus la o creștere substanțială a influențelor în 2024 și 2025.

În anul 2025, valoarea acestor transferuri a ajuns la aproximativ **16,9 miliarde RON**, un nivel comparabil cu întregul buget al serviciilor spitalicești decontate propriu-zis.

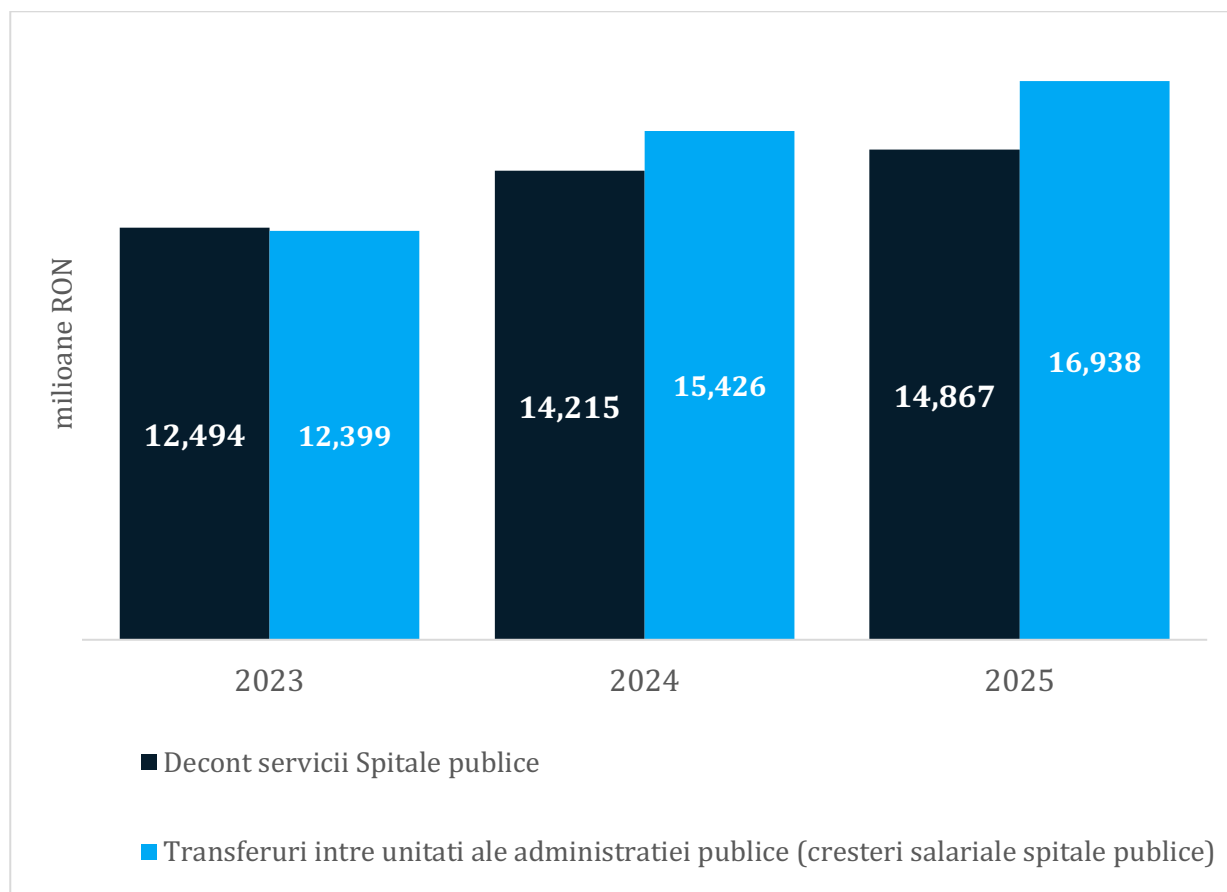


Figura 20. Finanțarea spitalelor publice– servicii vs influențe salariale (2023-2025)

Sursa datelor: CNAS

Analiza acestui mecanism relevă mai multe disfuncționalități majore:

- **Creștere cvasi-liniară automată:** Din cauza modului de calcul (diferență față de 2016), influențele cresc anual indiferent de volumul de servicii prestate.
- **Sensibilitate la decizii salariale și administrative:** Orice majorare salarială, angajare sau avansare profesională se traduce direct în creșterea cheltuielilor din FNUASS, fără legătură cu performanța sau activitatea medicală.
- **Inechitate între furnizori:** Spitalele private nu beneficiază de acest mecanism. În consecință, pentru aceleași servicii medicale, spitalele publice primesc o finanțare totală semnificativ mai mare.
- **Distorsiuni de stimulente:** În multe spitale publice, influențele salariale depășesc **50% din totalul veniturilor provenite de la CNAS**, ceea ce reduce presiunea pentru creșterea activității și eficienței. Practic, o parte semnificativă din finanțare este asigurată independent de volumul serviciilor medicale realizate.

Acest mecanism generează o separare artificială între finanțarea serviciilor și finanțarea resursei umane, ceea ce contravine principiilor unui sistem bazat pe plata serviciilor.

În forma actuală:

- CNAS **nu mai finanțează exclusiv servicii medicale**, ci și costuri salariale istorice;
- sistemul devine **rigid și dificil de controlat bugetar**;
- competiția între public și privat este **profund distorsionată**.

Pentru corectarea acestor dezechilibre, este necesară:

- **eliminarea treptată a influențelor salariale din bugetul FNUASS**;
- **recalcularea tarifelor decontate (DRG, cronici, spitalizare de zi)** astfel încât acestea să includă costul real al serviciilor, inclusiv componenta salarială;
- **introducerea unei perioade de tranziție de 3–4 ani**, pentru:
 - limitarea impactului bugetar;
 - evitarea riscurilor de destabilizare financiară a spitalelor publice.

Metodologia unei astfel de reforme a fost deja fundamentată în cadrul lucrării „*Analiza performanței economice și operaționale în sistemul de sănătate*”, elaborată de același colectiv de autori (Anagnoste et al., 2025).

În concluzie, **mecanismul influențelor salariale reprezintă unul dintre principalele elemente care distorsionează finanțarea spitalelor în România**, atât din perspectiva sustenabilității bugetare, cât și a echității între furnizori, fiind necesară o reformă structurală pentru revenirea la un model bazat pe plata serviciilor medicale.

Inechitatea între sectorul public și cel privat devine evidentă atunci când comparăm nu doar serviciile decontate, ci întreaga arhitectură de finanțare.

Dacă ne limităm la **serviciile de spitalizare decontate de CNAS**, diferența de finanțare (aproximativ **1 la 6,8**) este explicabilă prin volumul diferit de activitate și capacitatea spitalicească. În acest cadru, mecanismul de plată respectă, în linii mari, principiul „banii urmează serviciul”.

Această situație evidențiază o problemă de fond:

- **furnizorii de servicii medicale nu sunt tratați în mod egal de către același asigurător**, pentru aceleași tipuri de servicii. Într-un sistem de asigurări de sănătate, principiul de bază

ar trebui să fie neutralitatea față de furnizor, adică aceeași plată pentru același serviciu, indiferent de natura juridică a furnizorului.

În contextul acestei asimetrii de finanțare, legislația a permis în sectorul privat perceperea unei contribuții personale, reprezentând diferența dintre tariful practicat de furnizor și suma decontată din FNUASS. Deși acest mecanism permite pacientului să utilizeze finanțarea aferentă calității sale de asigurat și să opteze pentru un furnizor privat, el nu reprezintă mecanismul predominant de protecție financiară în sistemele europene de asigurări sociale de sănătate, în care serviciile sunt acoperite, de regulă, de asigurarea publică, integral sau în combinație cu mecanisme de coplată ori asigurări complementare. În absența unor limite sau mecanisme suplimentare de protecție financiară, contribuția personală poate determina o expunere semnificativă a pacientului la cheltuieli directe din buzunar (out-of-pocket payments) și, în cazul serviciilor cu costuri ridicate, poate crește riscul de cheltuieli catastrofale de sănătate (catastrophic health expenditure).

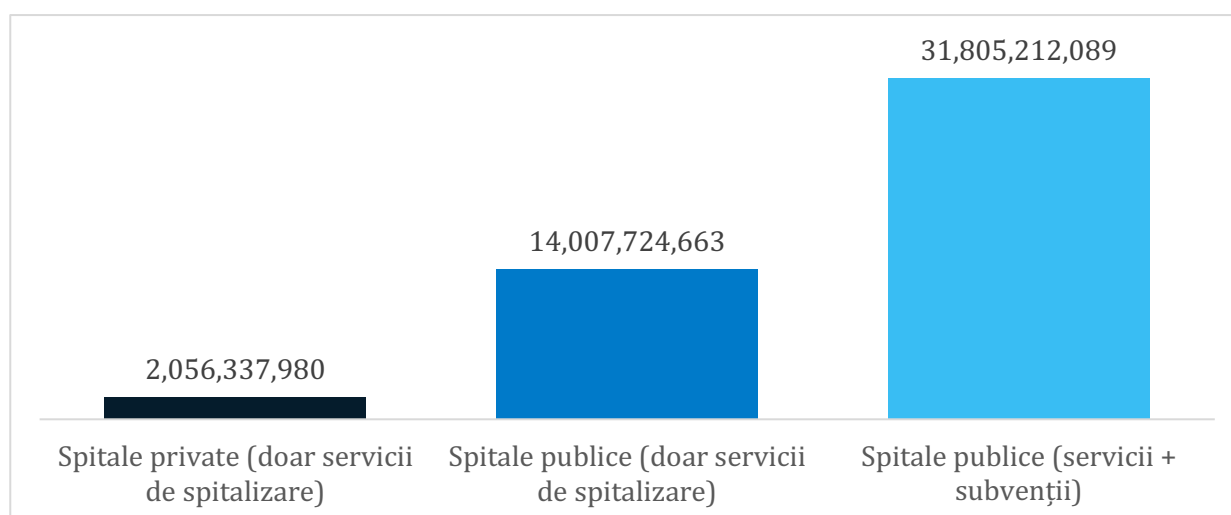


Figura 21. Finanțarea spitalelor publice vs private – servicii vs total (inclusiv influențe salariale) (2025) Sursa datelor: CNAS

Tarifele decontate în prezent de CNAS pentru serviciile spitalicești sunt insuficiente pentru a acoperi costurile reale ale îngrijirilor, atât în sectorul public, cât și în cel privat. În cazul spitalelor publice, această insuficiență este compensată prin mecanisme suplimentare de finanțare, în special prin influențele salariale – care majorează substanțial veniturile obținute din contractele cu CNAS –, precum și prin finanțări curente acordate de Ministerul Sănătății sau de autoritățile administrației publice locale. Furnizorii privați nu beneficiază, în general, de aceste mecanisme suplimentare, ceea ce explică, cel puțin parțial, necesitatea contribuției personale pentru acoperirea diferenței dintre tariful decontat și costul serviciului furnizat.

Contribuția personală trebuie, prin urmare, analizată în contextul mai larg al nivelului actual al tarifelor și al diferențelor dintre mecanismele de finanțare aplicabile furnizorilor publici și privați. Obiectivul pe termen lung ar trebui să fie apropierea și în România de un model în care finanțarea publică aferentă serviciului urmează pacientul, indiferent de natura juridică a furnizorului, iar expunerea financiară directă a pacientului este limitată și predictibilă.

O asemenea reformă nu poate fi realizată prin măsuri izolate, ci trebuie implementată etapizat și integrat. O primă etapă ar trebui să urmărească normalizarea finanțării spitalelor publice, prin integrarea influențelor salariale în tarife și eliminarea progresivă a mecanismelor paralele de finanțare a serviciilor. Concomitent, este necesară recalcularea tarifelor de decontare pe baza costurilor reale și eficiente ale îngrijirilor. Simpla integrare a influențelor salariale în tarife nu este echivalentă cu fundamentarea acestora pe costul real al serviciilor medicale.

Dacă recalcularea tarifelor s-ar limita la încorporarea actualelor influențe salariale, fără ca noile tarife să reflecte în mod adecvat costul real al serviciilor, eliminarea contribuției personale ar putea afecta sustenabilitatea furnizării serviciilor în sectorul privat și, implicit, ar putea limita accesul și libertatea de alegere a pacientului. Într-un asemenea scenariu, contribuția personală ar trebui mai degrabă reglementată, prin mecanisme care să asigure transparența costurilor și o protecție suplimentară a pacientului, inclusiv față de riscul unor cheltuieli medicale excesive sau catastrofale.

Doar în măsura în care tarifele publice vor ajunge să reflecte adecvat costurile reale ale îngrijirilor se poate avea în vedere eliminarea contribuției personale pentru serviciile incluse în pachetul de bază. S-ar crea astfel premisele unui model coerent de asigurări sociale de sănătate, în care furnizorii publici și privați sunt remunerați în condiții comparabile pentru servicii comparabile, banii urmează pacientul, iar persoana asigurată beneficiază de protecție financiară indiferent de furnizorul ales.

Analiza distribuției teritoriale a deconturilor pentru serviciile spitalicești evidențiază **disparități semnificative între județe**, atât în ceea ce privește nivelul finanțării totale, cât și participarea sectorului privat.

În primul rând, se observă o **concentrare puternică a finanțării în centrele universitare și județele mari**, unde există infrastructură medicală complexă și capacitate ridicată de spitalizare: Municipiul București (7,36 miliarde RON), Cluj (2,07 miliarde RON), Iași (2,10 miliarde RON), Timiș (1,49 miliarde RON), Dolj și Mureș (peste 1 miliard RON fiecare).

Această distribuție reflectă rolul acestor centre ca **poli regionali de servicii medicale**, care atrag pacienți din județele limitrofe.

În ceea ce privește sectorul privat, datele arată că acesta este:

- **puternic concentrat în aceleași centre dezvoltate,**
- și mai puțin prezent în județele mici sau slab dezvoltate.

Ponderea privatului la nivel național este de **6,1%**, însă variațiile teritoriale sunt foarte mari:

- Județe fără sector privat (0%) : Covasna, Dâmbovița, Ialomița, Teleorman . Aceste județe indică **absența completă a furnizorilor privați în relație contractuală cu CNAS**, ceea ce sugerează o dependență totală de sistemul public.
- Județe cu pondere foarte redusă (<2%) : Botoșani, Alba, Vaslui, Vrancea, Giurgiu, Caraș-Severin, Hunedoara. În aceste cazuri, sectorul privat are o **prezență marginală**, fără impact semnificativ asupra furnizării serviciilor.
- Județe cu pondere ridicată a sectorului privat, peste media națională :
 - Constanța – **19,7%**
 - Brașov – **14,0%**
 - Dolj – **12,4%**
 - Ilfov – **10,8%**
 - Prahova – **10,1%**
 - Arad – **9,9%**

Tabel 21. Distribuția geografică a finanțării serviciilor spitalicești pe județe – sector public vs privat (2025)

Județ	Plăți spitale private 2025 (mii RON)	Plăți spitale publice 2025 (mii RON)	Plăți spitale Total 2025 (mii RON)	% Spitale private
Alba	5.707	463.784	469.490	1,2%
Arad	46.514	423.596	470.110	9,9%
Arges	44.036	736.973	781.009	5,6%
Bacau	69.172	735.164	804.336	8,6%

Bihor	96.230	994.865	1.091.094	8,8%
Bistrita-Nasaud	16.062	349.086	365.148	4,4%
Botosani	5.290	429.978	435.268	1,2%
Braila	26.180	356.873	383.054	6,8%
Brasov	134.262	826.590	960.853	14,0%
Buzau	31.327	459.394	490.720	6,4%
Calarasi	15.526	212.847	228.373	6,8%
Caras-Severin	2.065	301.218	303.283	0,7%
Cluj	88.689	1.985.605	2.074.294	4,3%
Constanta	212.028	861.744	1.073.773	19,7%
Covasna		289.634	289.634	0,0%
Dambovita		454.803	454.803	0,0%
Dolj	155.339	1.099.493	1.254.832	12,4%
Galati	2.782	646.154	648.936	0,4%
Giurgiu	2.402	154.609	157.011	1,5%
Gorj	3.194	427.755	430.949	0,7%
Harghita	794	493.745	494.539	0,2%
Hunedoara	2.113	749.145	751.257	0,3%
Ialomita		227.523	227.523	0,0%
Iasi	172.032	1.927.566	2.099.598	8,2%

Ilfov	25.755	212.437	238.191	10,8%
Maramures	45.833	730.163	775.996	5,9%
Mehedinti	20.135	253.880	274.015	7,3%
Municipiul Bucuresti	442.414	6.923.697	7.366.110	6,0%
Mures	75.901	1.072.737	1.148.639	6,6%
Neamt	20.961	479.991	500.952	4,2%
Olt	16.335	437.644	453.979	3,6%
Prahova	92.370	825.240	917.611	10,1%
Salaj	9.813	272.973	282.786	3,5%
Satu Mare	2.554	417.381	419.935	0,6%
Sibiu	57.306	661.536	718.842	8,0%
Suceava	20.962	652.536	673.498	3,1%
Teleorman		314.891	314.891	0,0%
Timis	65.729	1.421.650	1.487.379	4,4%
Tulcea	5.731	183.301	189.032	3,0%
Valcea	12.656	395.791	408.447	3,1%
Vaslui	4.930	435.916	440.846	1,1%
Vrancea	5.210	351.243	356.453	1,5%
TOTAL	2.056.338	31.651.149	33.707.487	6,1%

Sursa datelor: CNAS

Distribuția observată sugerează că **sectorul privat nu are o dezvoltare complementară față de sistemul public**, orientată spre acoperirea zonelor deficitare, ci mai degrabă:

- **se concentrează în aceleași județe dezvoltate**, unde există cerere mare și infrastructură existentă;
- evită zonele slab dezvoltate sau cu volum redus de servicii.

Această configurație duce la:

- **menținerea sau chiar accentuarea disparităților teritoriale;**
- lipsa unei contribuții reale a sectorului privat la reducerea inegalităților de acces.

În același timp, în județele unde ponderea privatului este ridicată (ex. Constanța, Brașov), această situație poate sugera:

- fie o **cerere crescută pentru servicii private,**
- fie **limitări ale capacității sau calității percepute a serviciilor publice**, care determină orientarea pacienților către furnizori privați.

În ultimii ani, execuția bugetară a cheltuielilor cu servicii spitalicești a depășit constant programul bugetar, după cum este ilustrat în *Figura 22*. Pentru anii 2020–2022, explicația rezidă în modificarea temporară, în contextul pandemiei COVID-19, a mecanismului de plată; astfel, CNAS a decontat, pentru o mare parte din spitale, sume la nivelul cheltuielilor realizate, nu doar la nivelul celor contractate.

În anul 2023, gradul de execuție atinge 119%, ceea ce reflectă o subestimare semnificativă a cheltuielilor inițiale, pe fondul problemelor structurale de subfinanțare a bugetului FNUASS. Pe parcursul anului, CNAS a suplimentat creditele bugetare pentru servicii spitalicești prin realocări și prin majorarea subvențiilor de la bugetul de stat pentru echilibrare.

În anul 2024, deși nivelul execuției rămâne supraunitar (114%), se observă o ușoară reducere a deviației față de programul inițial, sugerând o îmbunătățire relativă a procesului de fundamentare bugetară. Această tendință continuă în 2025, când gradul de execuție scade la 108%, apropiindu-se de nivelul planificat.

În ansamblu, evoluția indică faptul că, deși persistă o tendință de subestimare a cheltuielilor spitalicești, amplitudinea corecțiilor necesare în execuție s-a redus în ultimii doi ani, ceea ce poate sugera o calibrare mai bună a bugetului în raport cu necesarul real de finanțare.

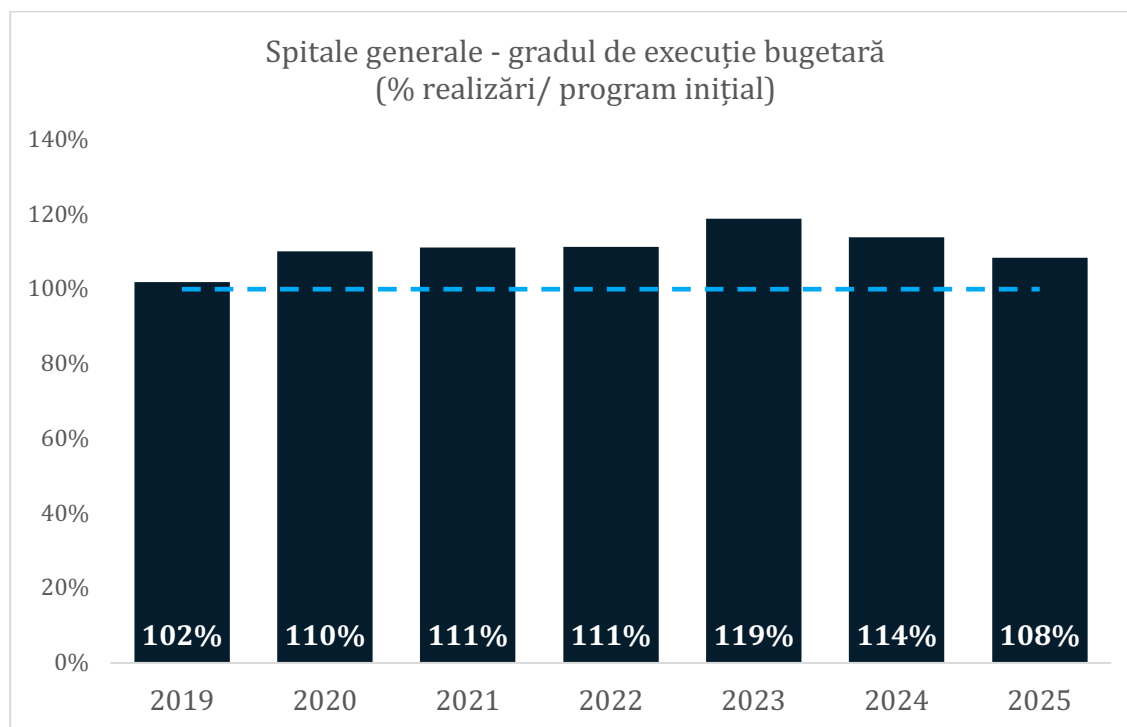


Figura 22. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu serviciile spitalicești, 2019-2025

Sursa: Ministerul Finanțelor.

L. Prestațiile medicale acordate în baza documentelor internaționale

Prestațiile medicale acordate în baza documentelor internaționale (formulare europene, card european de asigurări de sănătate, acorduri bilaterale) au înregistrat în perioada analizată o evoluție volatilă, influențată atât de fluxurile de pacienți, cât și de dinamica decontărilor între state.

După minimumul atins în **2023 (362,33 milioane RON)**, nivelul plăților a crescut semnificativ în **2024 la 1.240,76 milioane RON (+242%)**, urmat de o scădere în **2025 la 812,90 milioane RON (-34%)**, însă menținându-se peste nivelurile din anii anteriori perioadei 2016–2022. Această evoluție confirmă faptul că valoarea redusă din 2023 nu a reflectat o diminuare structurală a serviciilor, ci mai degrabă o **decalare temporală a decontărilor**, cu recuperarea sumelor în anul următor.

În ansamblu, datele indică un mecanism de plată sensibil la întârzieri administrative și la procesele de regularizare între state, ceea ce poate genera variații importante de la un an la altul, fără a reflecta neapărat modificări proporționale ale consumului de servicii medicale.

De asemenea, la nivelul obligațiilor de plată, România înregistra la finalul anului 2023 datorii către alte state (UE/SEE/Elveția și Regatul Unit) în valoare de **345.166.937 euro**, în creștere față de **264.517.612 euro la finalul anului 2022 (+30%)**, ceea ce susține ipoteza acumulării de plăți restante și explică parțial nivelul ridicat al decontărilor din 2024.

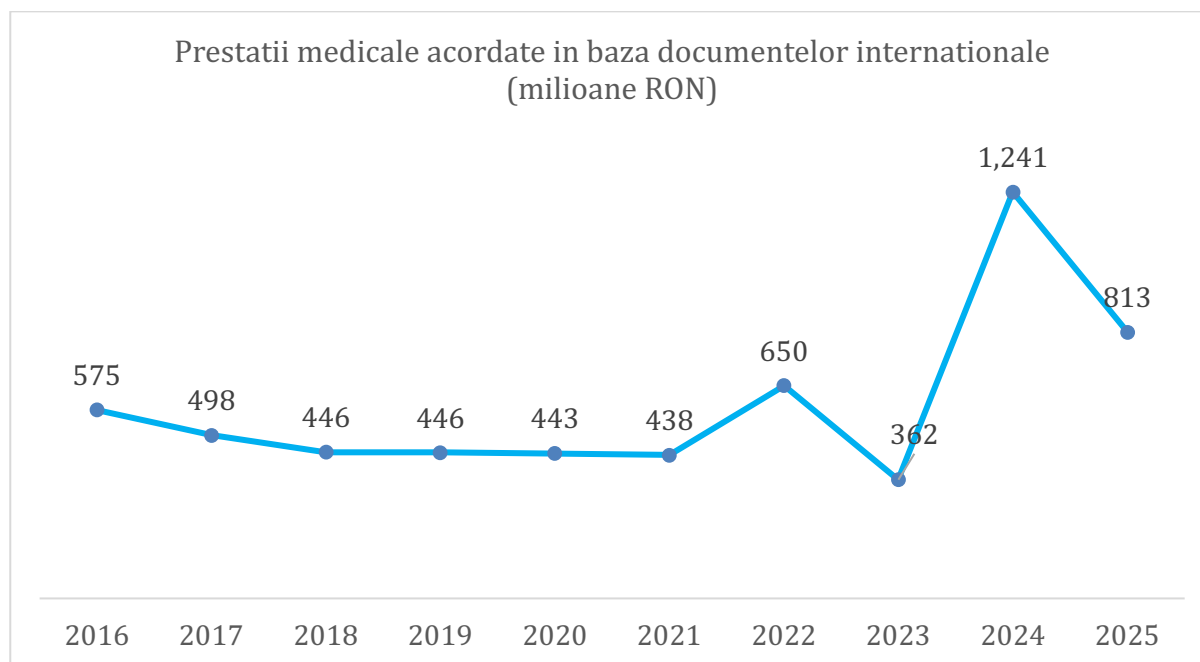


Figura 23. Evoluția deconturilor CNAS pentru prestații medicale în străinătate (milioane RON)

*Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția FNUASS –
<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>*

Analiza prestațiilor medicale acordate în baza documentelor internaționale evidențiază o structură clară a cheltuielilor, determinată în principal de mobilitatea populației și de exercitarea drepturilor de asigurare în context european. Pentru anul 2024 – singurul an pentru care sunt disponibile date detaliate de structură – plățile efectuate de CNAS în relația cu statele membre UE/SEE/Confederația Elvețiană și Regatul Unit au însumat aproximativ **1,23 miliarde lei**, cu o distribuție distinctă pe tipuri de servicii.

Datele arată că aceste cheltuieli nu sunt generate preponderent de tratamentele planificate în străinătate, așa cum este adesea perceput în spațiul public, ci de mecanismele curente de utilizare a serviciilor medicale în context transfrontalier, în special de către cetățeni români aflați temporar sau permanent în alte state membre.

Structura cheltuielilor pe tipuri de servicii (2024) este următoarea:

- **Servicii medicale neplanificate (CEASS / E125 / SED similar)**
 - **739.021.840 lei** ($\approx 60,19\%$ din total)
 - **136.626 formulare**

Acestea reprezintă servicii medicale devenite necesare în timpul șederii temporare în alt stat membru, acordate în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate. Componenta reflectă în principal mobilitatea crescută a populației (turism, deplasări profesionale) și utilizarea normală a drepturilor de asigurare în UE.

- **Servicii medicale pentru rezidenți în alte state (S1 – E106/E109/E121)**
 - **380.709.158 lei** ($\approx 31,00\%$ din total)
 - **46.058 formulare**

Această categorie include serviciile acordate cetățenilor români care locuiesc în alte state membre, dar sunt asigurați în România. Practic, este vorba despre populația din diaspora care beneficiază de servicii medicale în statul de reședință, costurile fiind suportate de sistemul românesc de asigurări de sănătate.

- **Tratament planificat în străinătate (E112 / S2)**
 - **108.137.493 lei** ($\approx 8,81\%$ din total)
 - **1.742 formulare**

Această categorie vizează cazurile în care pacienții sunt trimiși organizat pentru tratament în alte state membre. Deși costul per caz este ridicat, volumul este foarte redus, reprezentând sub 1% din totalul formularelor procesate.

Structura cheltuielilor evidențiază faptul că:

- **aproximativ 91% din totalul cheltuielilor** sunt generate de servicii **neplanificate sau de utilizarea drepturilor de asigurare în străinătate** (CEASS + S1);
- tratamentele planificate în străinătate (E112/S2) au o **pondere limitată (sub 10%)**, în ciuda vizibilității publice ridicate;
- numărul de cazuri este covârșitor dominat de serviciile neplanificate, ceea ce confirmă caracterul structural al acestor cheltuieli.

În ansamblu, aceste rezultate arată că presiunea financiară asupra FNUASS în relația cu alte state nu este determinată de decizii discreționare de trimitere la tratament în străinătate, ci de **fenomene sistemice precum mobilitatea forței de muncă, turismul și integrarea în sistemul european de coordonare a securității sociale.**

2. Ministerul Sănătății (MS)

Pentru a analiza structura cheltuielilor curente ale Ministerului Sănătății (MS) în anul 2025, a fost necesară o muncă intensă de identificare și consolidare a categoriilor relevante de cheltuieli. Structura bugetului publicat de Ministerul Sănătății este insuficient detaliată, numeroase categorii de cheltuieli fiind dificil de identificat sau prezentate sub denumiri generale. În primul rând, au fost excluse din calcul următoarele categorii de cheltuieli:

- **Transferurile către FNUASS** – acestea au fost deja explicitate în cadrul capitolului de Venituri din subvenții al FNUASS;
- **Fondurile europene nerambursabile** – include fonduri din perioadele de programare 2014-2020, PNRR și POS;
- **Fondurile europene rambursabile** – include împrumutul de la Banca Mondială;
- **Cheltuielile de capital ale MS;**
- **Transferurile către spitalele MS** pentru reparații capitale, dotări și investiții;
- **Transferurile către spitalele autorităților locale** pentru reparații, dotări și investiții.

Astfel, din execuția de 26,532 miliarde lei a Ministerului Sănătății în 2025, cheltuielile curente ale MS cu sănătatea reprezintă mai puțin de jumătate, și anume 12,499 miliarde lei, după cum se poate observa în tabelul de mai jos:

Tabelul 22. Consolidarea cheltuielilor curente cu sănătatea ale Ministerului Sănătății

Indicator bugetar	DENUMIRE CAPITOL CHELTUIELI	RON	Subtotal (RON)
	CHELTUIELI TOTALE (EXECUȚIA MS)	26.531.771.916	
58	TITLUL X PROIECTE CU FINANȚARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE AFERENTE CADRULUI FINANCIAR 2014-2020	-877.421.726	-4.044.285.927
60	TITLUL XII PROIECTE CU FINANȚARE	-3.166.864.201	

	DIN SUMELE REPREZENTÂND ASISTENȚA FINANCIARĂ NERAMBURSABILĂ AFERENTĂ PNRR		
65	TITLUL XIV CHELTUIELI AFERENTE PROGRAMELOR CU FINANȚARE RAMBURSABILĂ	-361.846.278	
70	CHELTUIELI DE CAPITAL	-6.975.111	
51 01 11	Transferuri din bugetul de stat către bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate	-6.398.557.444	-8.736.102.539
51 01 69	Transferuri de la bugetul de stat către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea deficitului rezultat din aplicarea prevederilor legale referitoare la concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate	-2.337.545.095	
51 02 11	Transferuri pentru reparații capitale la spitale	-9.031.229	-528.523.893
51 02 08	Aparatură medicală și echipamente de comunicații în urgență (58 de unități sanitare cu paturi din administrarea MS)	-481.150.531	
51 02 12	Transferuri pentru finanțarea investițiilor la spitale	-38.342.132	

	(58 de unități sanitare cu paturi din administrarea MS)		
51 02 22	Transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea aparaturii medicale și echipamentelor de comunicații în urgență în sănătate	-381.566.627	-404.691.312
51 02 23	Transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea reparațiilor capitale în sănătate	0	
51 02 24	Transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea altor investiții în sănătate	-23.124.686	
	Cheltuieli curente SĂNĂTATE MS	12.449.346.855	

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția MS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>.

Comparativ cu anul 2023, se observă o creștere semnificativă atât a execuției totale a Ministerului Sănătății, cât și a volumului cheltuielilor curente consolidate. Execuția totală a crescut de la 21,53 miliarde RON în 2023 la 26,53 miliarde RON în 2025, ceea ce reprezintă o majorare de aproximativ 23%, în timp ce cheltuielile curente cu sănătatea – după excluderea transferurilor către FNUASS, a fondurilor europene și a investițiilor – au crescut de la 10,46 miliarde RON la 12,45 miliarde RON, respectiv o creștere de aproximativ 19%. Această evoluție indică o extindere reală a rolului Ministerului Sănătății în finanțarea directă a serviciilor și programelor de sănătate, dincolo de mecanismele de asigurări sociale gestionate prin CNAS.

În ceea ce privește elementele eliminate în procesul de consolidare, se observă modificări relevante de structură. Transferurile către FNUASS scad ca pondere în execuția totală, de la

peste 10,3 miliarde RON în 2023 la aproximativ 8,7 miliarde RON în 2025, în timp ce componentele aferente fondurilor externe cresc semnificativ, în special cele asociate PNRR, ceea ce explică o parte din diferența dintre execuția totală și cheltuielile curente consolidate. De asemenea, se remarcă o creștere a transferurilor pentru investiții și dotări în infrastructura sanitară, însă acestea rămân, metodologic, în afara analizei cheltuielilor curente.

Raportat strict la cheltuielile curente rămase după consolidare, creșterea este determinată în principal de majorarea finanțării pentru structurile operative ale sistemului – servicii de ambulanță, unități de primiri urgențe, medici rezidenți și acțiuni prioritare – precum și de extinderea unor programe și intervenții directe ale Ministerului Sănătății. Astfel, dacă în 2023 aceste cheltuieli aveau o structură relativ stabilă și concentrată pe câteva componente majore, în 2025 se observă o diversificare și o intensificare a intervenției directe a MS în finanțarea sistemului, în paralel cu menținerea rolului dominant al FNUASS în decontarea serviciilor medicale.

Ca și în ediția precedentă, identificarea categoriilor relevante de cheltuieli și consolidarea datelor cu execuția bugetară au reprezentat o altă provocare majoră. Prin analiza rapoartelor anuale de activitate ale MS, au fost extrase tipurile de cheltuieli înregistrate pentru fiecare direcție în parte. Aceste cheltuieli sunt rareori reflectate clar în execuția bugetară.

De exemplu, indicatorii bugetari cu alocări foarte mari sunt denumiți vag, cum ar fi „Acțiuni de sănătate” și „Programe de sănătate”, care apar atât la capitolul „Bunuri și servicii”, cât și la „Transferuri”, alături de alte alineate bugetare cu denumiri mai clare, dar alocări mai mici.

Exemple de alineate bugetare:

- 20.04.01 Medicamente
- 20.30.30 Alte cheltuieli cu bunuri și servicii - 190 de milioane lei
- 20.31 Finanțarea unor acțiuni de sănătate în cadrul unităților sanitare din rețeaua administrației publice locale - 3,256 miliarde lei
- 20.32 Finanțarea programelor naționale de sănătate derulate de unitățile sanitare din rețeaua administrației publice locale - 538 de milioane lei
- 51.01.01 Transferuri către instituții publice - 271 de milioane lei
- 51.01.03 Acțiuni de sănătate - 2,700 miliarde lei
- 51.01.25 Programe de sănătate - 569 de milioane lei

Totodată, cheltuielile de personal (Titlul 10), care totalizează **2,649 de milioane lei**, cuprind cheltuielile de personal atât pentru angajații MS, cât și pentru toate instituțiile subordonate (Ambulanța, DSP, INSP, INHT), fără a se putea diferenția între acestea.

Consolidarea acestor cheltuieli din mai multe alineate bugetare a fost laborioasă, dat fiind faptul că majoritatea cheltuielilor sunt împărțite în 2, 3 sau chiar 4 alineate bugetare.

Tabelul 23 prezintă categoriile mari de cheltuieli cu plățile efectuate în 2025 și alineatele bugetare în care se regăsesc, oferind astfel o hartă de descifrare a execuției bugetare a MS.

Tabelul 23. Principalele categorii ale cheltuielilor curente ale Ministerului Sănătății

Categorie de cheltuieli	Indicatori bugetari	2025
Cheltuieli de personal (MS + Instituții din subordine cu excepția SAJ)	10 Cheltuieli de personal	643.568.121
Serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov din care:		2.335.000.000
<i>Cheltuieli de personal</i>	10 Cheltuieli de personal	2.005.000.000
<i>Cheltuieli materiale</i>	20 Bunuri și servicii	330.000.000
Unitățile/Compartimentele de Primiri Urgente din care:		2.217.977.000
<i>Cheltuieli de personal</i>	20.31 / 51.01.03	1.715.868.000
<i>Cheltuieli materiale</i>	20.31 / 51.01.03	502.109.000
Medici rezidenți - Cheltuieli de personal Medici cercetători din spitale - Cheltuieli de personal Alte cabinete (medicină sportivă, planning familial, HIV/SIDA, TBC, LSM)	20.31 / 51.01.03	3.738.655.858

Asistenți comunitari, mediatori sanitari - Cheltuieli de personal	51.01.45	164.509.385
Cabinete medicină școlară - Cheltuieli de personal	20.33	744.035.678
Asistența medico-socială	51.01.38	62.833.744
Medicina Legală	51.01.01	271.506.894
Acțiuni Prioritare	20.30.30 / 20.32 / 51.01.25	536.182.000
Programe naționale de sănătate publică	20.30.30 / 20.32 / 51.01.25 / 20.04	1.109.999.520
Alte cheltuieli + Cheltuieli de funcționare (MS+ Instituții din subordine)		625.078.657
Total Cheltuieli cu sănătatea MS		12.449.346.855

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția MS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>, Raportul de activitate al MS - <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/rapoarte/rap>.

Analiza principalelor categorii de cheltuieli arată că structura finanțării Ministerului Sănătății a rămas relativ stabilă între 2023 și 2025, însă aproape toate componentele majore au înregistrat creșteri nominale. Cele mai importante majorări au fost înregistrate pentru finanțarea medicilor rezidenți și a cabinetelor specializate (+28%), Unitățile de Primiri Urgențe (+21%), serviciile de ambulanță (+19%), cabinetele de medicină școlară (+51%) și Acțiunile Prioritare (+34%). În schimb, Programele Naționale de Sănătate Publică au rămas practic constante (1,125 miliarde lei în 2023 față de 1,110 miliarde lei în 2025), ceea ce indică faptul că cea mai mare parte a creșterii bugetului Ministerului Sănătății a fost direcționată către finanțarea funcționării sistemului și mai puțin către extinderea programelor de sănătate publică.

În continuare, vom detalia câteva dintre principalele categorii de cheltuieli ale MS.

A. Cheltuielile de personal

Cheltuielile de personal în cadrul Ministerului Sănătății în 2025 au inclus atât costurile asociate angajaților proprii ai ministerului, cât și pe cele aferente unui număr semnificativ de unități subordonate, finanțate integral de la bugetul de stat, după cum urmează:

1. Direcțiile de Sănătate Publică (DSP) județene și a municipiului București
2. Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)
3. Institutul Național de Medicină Sportivă (INMS)
4. Institutul Național de Hematologie Transfuzională „Prof. Dr. C.T. Nicolau” (INHT)
5. Agenția Națională de Transplant (ANT)
6. Oficiul Central de Stocare pentru Situații Speciale (OCSSS)
7. Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice
8. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM)
9. Spitalul Tichilești (leproserie)
10. Serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București - Ilfov

Numărul maxim de posturi aprobate pentru aceste unități finanțate integral de la bugetul de stat a fost de 19.449 de angajați în anul 2024-2025.

Excluzând cheltuielile de personal ale serviciilor de ambulanță, pe care le-am inclus în tabel într-un capitol separat, cheltuielile totale de personal s-au ridicat la 643.568.121 RON în anul 2025. Din această sumă, s-au putut identifica, în mod specific, următoarele cheltuieli de personal:

- Administrația centrală (angajații MS): 53.218.059 RON
- Institutul Național de Hematologie Transfuzională (INHT): 131,684,487 RON
- Servicii publice descentralizate (DSP): 458.665.575 RON

Din păcate, restul cheltuielilor nu au putut fi defalcate în totalitate pe fiecare tip de instituție în parte, ceea ce reflectă dificultățile întâmpinate în consolidarea datelor bugetare și în obținerea unei imagini clare și detaliate a cheltuielilor de personal la nivelul întregului sistem.

Comparativ cu anul 2023, cheltuielile de personal pentru aparatul propriu și instituțiile subordonate (fără serviciile de ambulanță) au crescut moderat, de la 623,6 milioane lei la 643,6

milioane lei (+3,2%). Evoluția este mult inferioară creșterii celorlalte categorii de cheltuieli analizate și sugerează că extinderea bugetului Ministerului Sănătății în perioada analizată nu a fost determinată de majorarea aparatului administrativ, ci de creșterea finanțării serviciilor medicale și a programelor desfășurate prin sistemul sanitar.

B. Unitățile/Compartimentele de Primiri Urgențe (UPU/CPU) ale spitalelor publice

Unitățile de Primiri Urgențe (UPU) și Compartimentele de Primiri Urgențe (CPU) din cadrul spitalelor publice de urgență sunt finanțate din bugetul de stat prin intermediul bugetului Ministerului Sănătății. Această finanțare acoperă diverse tipuri de cheltuieli necesare pentru funcționarea acestor structuri esențiale, incluzând cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamente, reactivi și materiale sanitare, precum și cheltuielile ocazionate de investigațiile paraclinice pentru cazurile rezolvate în cadrul acestor unități.

Fondurile alocate pentru anul 2025 către spitalele publice au totalizat 2.217.977 de mii RON, repartizate după cum urmează:

UPU/CPU – Spitalele administrate de către UAT:

- cheltuieli de personal: 1.208.867 de mii RON
- cheltuieli materiale: 319.254 de mii RON
- total execuție: 1.528.121 de mii RON

UPU-SMURD – Spitalele administrate de către MS:

- cheltuieli de personal: 507.001 de mii RON
- cheltuieli materiale: 182.855 de mii RON
- total execuție: 689.856 mii RON

Spitalele celorlalte ministere, cu rețea sanitară proprie, beneficiază de finanțare de la bugetul de stat prin bugetul ministerelor respective.

Comparativ cu anul 2023, finanțarea Unităților de Primiri Urgențe (UPU/CPU) și a structurilor UPU-SMURD a înregistrat o creștere semnificativă. Pornind de la un nivel de 1.826.764 mii RON în 2023, majorarea totală a fost de +21,4%, evoluția fiind similară atât pentru unitățile administrate de autoritățile publice locale (1.251.850 mii RON în 2023; +22,1%), cât și pentru UPU-SMURD din spitalele aflate în subordinea Ministerului Sănătății (574.914 mii RON în 2023; +20,0%).

C. Cheltuielile de personal – Medici rezidenți

Salariile medicilor rezidenți reprezintă una dintre cele mai importante categorii de cheltuieli finanțate direct de Ministerul Sănătății. În anul 2023, această categorie a însumat 2,914 miliarde RON, reprezentând cea mai mare componentă individuală a cheltuielilor curente ale ministerului.

Comparabilitatea cu anul 2025 este însă limitată de modificarea modului de raportare a execuției bugetare. Dacă în anul 2023 salariile medicilor rezidenți au fost evidențiate distinct, în execuția aferentă anului 2025 acestea sunt raportate împreună cu salariile medicilor cercetători și cu finanțarea cabinetelor specializate, rezultând o sumă agregată de 3,739 miliarde lei. În aceste condiții, valoarea alocată exclusiv salarizării medicilor rezidenți nu mai poate fi determinată cu precizie din datele publice disponibile.

Cu toate acestea, este puțin probabil ca bugetul destinat exclusiv medicilor rezidenți să fi crescut semnificativ. Dimpotrivă, numărul rezidenților aflați în pregătire a înregistrat o scădere în toate cele trei domenii de pregătire. Potrivit datelor Ministerului Sănătății, la începutul anului 2024 erau înregistrați 28.957 medici rezidenți, dintre care 24.042 în domeniul Medicină, 2.722 în Medicină dentară și 2.193 în Farmacie. La începutul anului 2025, numărul acestora a scăzut la 26.985, respectiv 23.458 în Medicină, 1.987 în Medicină dentară și 1.54 în Farmacie. În consecință, se poate aprecia că valoarea alocată salarizării rezidenților a rămas relativ apropiată de nivelul din anul 2023 sau chiar a înregistrat o ușoară diminuare, diferența până la suma agregată de 3,739 miliarde lei fiind explicată în principal de includerea altor categorii de cheltuieli salariale.

Finanțarea salariilor medicilor rezidenți se realizează integral de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, fondurile fiind transferate către cele 12 centre universitare desemnate ca unități plătitoare. Acest mecanism reflectă faptul că rezidențiatul reprezintă, în primul rând, o investiție a statului în formarea viitoarei resurse umane din sistemul sanitar și nu o cheltuială aferentă activității curente a spitalelor în care rezidenții își desfășoară pregătirea profesională.

D. Cabinetele de medicină școlară

Ministerul Sănătății finanțează cheltuielile de personal pentru cei 834 de medici, 5567 de medici stomatologi, 3.890 de asistenți medicali și 428 de asistenți stomatologie din cabinetele medicale școlare și universitare. Finanțarea cabinetelor medicale școlare și universitare a

crescut semnificativ, de la 494 milioane lei în 2023 la 744 milioane lei în 2025 (+50,5%). Aceasta reprezintă una dintre cele mai importante creșteri procentuale dintre toate categoriile analizate și reflectă atât majorarea salariilor personalului medical, cât și consolidarea finanțării medicinei școlare.

E. Asistența medicală comunitară

Ministerul Sănătății finanțează cheltuielile de personal pentru un număr de 1.941 asistenți medicali comunitari și 472 mediatori sanitari ce și-au desfășurat activitatea în rețeaua de asistență medicală comunitară la nivel național în 2024. Cheltuielile aferente asistenței medicale comunitare au crescut de la 129,7 milioane lei la 164,5 milioane lei (+26,8%), concomitent cu o ușoară creștere a numărului de asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari. Evoluția confirmă tendința de consolidare a serviciilor medicale comunitare, considerate esențiale pentru prevenție și pentru accesul populațiilor vulnerabile la servicii medicale.

F. Acțiunile Prioritare (AP)

Acțiunile Prioritare (AP) constituie o formă importantă de finanțare de la bugetul de stat, destinată sprijinirii spitalelor publice în managementul pacienților critici. Aceste programe asigură, în principal, finanțarea unor categorii specifice de cheltuieli materiale necesare desfășurării activității medicale în domenii cu grad ridicat de complexitate și impact major asupra mortalității și morbidității.

Comparativ cu anul 2023, finanțarea Acțiunilor Prioritare a înregistrat o creștere semnificativă, de la 398,8 milioane lei la 536,2 milioane lei în 2025 (+34,4%), reprezentând una dintre cele mai dinamice componente ale bugetului Ministerului Sănătății. În aceeași perioadă, numărul acțiunilor prioritare finanțate a crescut de la 11 la 12, prin introducerea Acțiunii Prioritare pentru recuperarea pacienților cu accident vascular cerebral (AP-AVC-REAB). Totodată, rețeaua de spitale beneficiare a fost extinsă pentru majoritatea programelor existente, reflectând preocuparea pentru creșterea accesului pacienților la servicii medicale de înaltă complexitate.

Fondurile sunt distribuite în funcție de specificul fiecărei Acțiuni Prioritare, conform ordinelor de ministru care reglementează organizarea și finanțarea acestora. Din păcate, spre deosebire de anul 2023, datele publice disponibile pentru anul 2025 nu mai permit defalcarea bugetului alocat fiecărei acțiuni prioritare în parte, fiind posibilă doar prezentarea cadrului de

reglementare și a numărului de spitale beneficiare. Aceste informații sunt sintetizate în tabelul de mai jos.

Tabelul 24. Acțiunile prioritare (AP)

ACȚIUNI PRIORITARE (AP)	Reglementare	Nr. spitale
AP-TRAUMA	OMS nr. 446/2015	22
AP-ATI (Anestezie Terapie Intensivă)	OMS nr. 5/2020	152 (28 cu secții de terapie intensivă nou-născuți)
AP-PMSC (Profilaxia morții subite cardiace)	OMS nr. 448/2015	9
AP-IMA (Infarct Miocardic Acut)	OMS nr. 6/2020	23
AP-AVC (Accident Vascular Cerebral)	OMS nr. 450/2015	50 (fibrinoliză intravenoasă) 13 (fibrinoliză intraarterială) 14 (trombectomie/tromboplastie) 14 (angioplastie percutană cu stent) 11 (embolizare pentru anevrisme rupte)
AP-EVA (Intervenții endovasculare)	OMS nr. 867/2015	14
AP-ENDO (Intervenții gastroenterologie)	OMS nr. 875/2015	19 (hemoragie digestivă) 16 (protezare paliativă digestivă)
AP-ARSURI	OMS nr. 1419/2017	17
AP-ECMO	OMS nr. 736/2019	16

AP-IE/RE (Infecții Emergente și Reemergente)	OMS nr. 489/2020	53
AP-USTACC (Unitățile de Supraveghere și Tratament Avansat al pacienților Cardiaci Critic)	OMS nr. 101/2022	25
AP-AVC-REAB	OMS nr. 3903/2023	47

Sursa datelor: Ministerul Sănătății

În 2023, bugetul AP-ATI ocupa 60% din bugetul total alocat Acțiunilor Prioritare și foarte probabil a rămas cea mai bine finanțată acțiune.

G. Programele Naționale de sănătate publică

Ministerul Sănătății finanțează 13 Programe Naționale de sănătate publică, alocând în 2025 un buget total de 1,110 miliarde lei. Lista Programelor Naționale și bugetul alocat se regăsesc în tabelul de mai jos.

Spre deosebire de celelalte categorii de cheltuieli analizate, finanțarea Programelor Naționale de Sănătate Publică a rămas aproape constantă între 2023 și 2025 (1,125 miliarde lei versus 1,110 miliarde lei). În interiorul programelor s-au produs însă redistribuiri importante. Bugetul Programului Național de Vaccinare a scăzut semnificativ, în timp ce Programul Național de Securitate Transfuzională aproape s-a dublat, iar finanțarea programului HIV/SIDA a crescut.

Tabelul 25. Programele Naționale ale Ministerului Sănătății

PROGRAM NAȚIONAL SĂNĂTATE PUBLICĂ	2025 (RON)
I. Programul național de vaccinare	239.328.410
II. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare din care:	3.659.720

<i>II.1. Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare</i>	2.671.850
<i>II.2. Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor</i>	987.870
<i>II.3. Subprogramul național de testare NAAT/RT-PCR și de secvențiere</i>	0
III. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA	490.035.050
IV. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei	19.432.870
V. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă	2.014.520
VI. Programul național de securitate transfuzională	244.072.000
VII. Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de col uterin	7.000
VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică	899.170
IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană din care:	84.761.590
<i>IX.1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană</i>	69.165.390
<i>IX.2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți</i>	15.556.200
<i>IX.3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer</i>	40.000

X. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc	558.630
XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare	1.282.900
XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate	713.080
XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului	23.234.580
TOTAL	1.109.999.520

Sursa datelor: Raportul de activitate al Ministerul Sănătății - <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/rapoarte/rapoarte-de-activitate/>.

Analiza comparativă a execuțiilor bugetare din perioada 2023–2025 evidențiază o creștere importantă a rolului Ministerului Sănătății în finanțarea directă a sistemului sanitar. Cheltuielile curente consolidate au crescut de la 10,46 miliarde lei la 12,45 miliarde lei (+19%), într-un ritm apropiat de creșterea execuției totale a ministerului (+23%). Totuși, structura acestor cheltuieli a rămas relativ constantă, cele mai mari ponderi fiind reprezentate în continuare de finanțarea medicilor rezidenți, serviciilor de ambulanță, Unităților de Primiri Urgențe și Programelor Naționale de Sănătate Publică.

Creșterile cele mai importante au fost înregistrate în domeniile care susțin funcționarea curentă a sistemului sanitar (ex: medicina de urgență, serviciile de ambulanță, cabinetele de medicină școlară și Acțiunile Prioritare). În schimb, programele clasice de sănătate publică au beneficiat de resurse relativ constante, ceea ce sugerează că majorarea bugetului Ministerului Sănătății a fost utilizată în principal pentru susținerea costurilor operaționale și pentru consolidarea infrastructurii funcționale a sistemului.

Analiza evidențiază și o creștere importantă a fondurilor destinate investițiilor și proiectelor finanțate prin PNRR, însă acestea au fost excluse metodologic din prezenta analiză pentru a permite compararea exclusivă a cheltuielilor curente. Din această perspectivă, Ministerul Sănătății își păstrează rolul de principal finanțator al componentelor strategice ale sistemului sanitar care nu sunt acoperite prin mecanismele de asigurări sociale administrate de CNAS, în special medicina de urgență, formarea resurselor umane și programele naționale de sănătate.

3. Ministerele cu rețea sanitară proprie

Analiza cheltuielilor curente pentru sănătate din bugetele proprii ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie a presupus, ca și în ediția anterioară, un efort complex de identificare a cheltuielilor relevante și de consolidare a datelor disponibile. Ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie administrează un total de 38 de spitale publice:

- Ministerul Afacerilor Interne (MAI): 2 spitale
- Ministerul Apărării Naționale (MApN): 12 spitale
- Ministerul Justiției (MJ): 7 spitale (din care 6 spitale penitenciare)
- Ministerul Transporturilor (MT): 15 spitale
- Serviciul Român de Informații (SRI): 1 spital
- Academia Română: 1 spital

În plus, aceste ministere și instituții administrează și structuri ambulatorii, iar MAI asigură finanțarea SMURD. Cheltuielile curente cu sănătatea pentru aceste structuri includ nu doar finanțarea din propriile bugete, ci și finanțarea primită de la FNUASS și Ministerul Sănătății (prin Acțiuni Prioritare și Programe Naționale de Sănătate). Aceste diferite surse de finanțare au trebuit separate și consolidate, astfel încât contribuțiile din bugetele proprii să fie cuantificate și adăugate la cheltuielile curente totale cu sănătatea în România.

În final, cheltuielile curente cu sănătatea ale acestor ministere și instituții, așa cum sunt reflectate în bugetele lor proprii (bugetul de stat), sunt prezentate în tabelul de mai jos, pentru anii 2024 și 2025, alături de valorile anului 2023 din ediția anterioară a acestui raport. Din păcate, o defalcare detaliată a acestor cheltuieli pe categorii nu a fost posibilă nici de această dată, din cauza lipsei informațiilor publice disponibile.

Față de anul 2023, cheltuielile curente cu sănătatea ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie au crescut cu 37,7% în 2024, până la 1.125,8 milioane lei, și cu încă 3,3% în 2025, până la 1.162,7 milioane lei – o creștere cumulată de 42,2% în doi ani. Creșterea a fost generalizată: MApN (+43,6% față de 2023), MJ (+41,3%), MAI (+33,9%), iar în cazul SRI cheltuielile aproape s-au dublat (+91,9%). Academia Română a înregistrat o creștere moderată (+8,9%), sub rata inflației din această perioadă.

Tabelul 26. Cheltuielile curente cu sănătatea din bugetele proprii ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, 2023-2025 (RON) (exclud cheltuielile finanțate din FNUASS, bugetul MS sau bugete locale)

MINISTER/INSTITUȚIE	2023	2024	2025	Evoluție 2025/2023
MINISTERUL AFACERILOR INTERNE	139.966.211	163.821.713	187.378.405	+33,9%
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE*	461.745.436	603.278.522	662.882.909	+43,6%
MINISTERUL JUSTIȚIEI	107.461.055	139.732.084	151.859.050	+41,3%
SERVICIUL ROMÂN DE INFORMAȚII**	53.862.191	87.974.470	103.341.075	+91,9%
ACADEMIA ROMÂNĂ	51.287.984	54.268.684	55.845.824	+8,9%
MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII	3.269.021	76.690.359	1.428.481	-56,3%
TOTAL	817.591.898	1.125.765.834	1.162.735.744	+42,2%

* Pentru 2023, valoarea include subvenția către Institutul Cantacuzino (cca 127 de milioane lei); pentru 2024 și 2025 sunt incluse cheltuielile curente proprii ale Institutului Cantacuzino (cca 120 de milioane lei anual), finanțate din venituri proprii și subvenții. Din cauza rotunjirilor, suma componentelor poate diferi nesemnificativ de total.

**În bugetul SRI, transferurile către instituții subordonate sunt înregistrate în capitolul funcțional „ordine publică”, fără indicii asupra sumei destinate sănătății. Sumele din tabel au fost preluate din execuția bugetară a Spitalului Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”, care le-a raportat ca subvenții.

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuțiile bugetare ale instituțiilor și ministerelor - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>.

Ministerul Transporturilor și Infrastructurii (MTI) reprezintă un caz aparte: după ce în 2024 cheltuielile au urcat la 76,7 milioane lei – în principal prin transferuri către instituții publice de aproape 75 de milioane lei –, în 2025 acestea s-au restrâns la doar 1,4 milioane lei, sub nivelul din 2023 (3,3 milioane lei). Această volatilitate reflectă faptul că spitalele din rețeaua MTI se

finanțează aproape integral din contractele cu casele de asigurări de sănătate, sprijinul de la bugetul propriu al ministerului fiind ocazional.

Pentru SRI, valorile aferente anilor 2024 și 2025 reflectă subvențiile totale primite de Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu” de la bugetul propriu ale instituției tutelare, conform execuției bugetare a acestuia. Din această cauză, destinația acestora nu a putut fi separată în cheltuieli curente și de capital, astfel încât au fost incluse în totalitate alocate primei categorii.

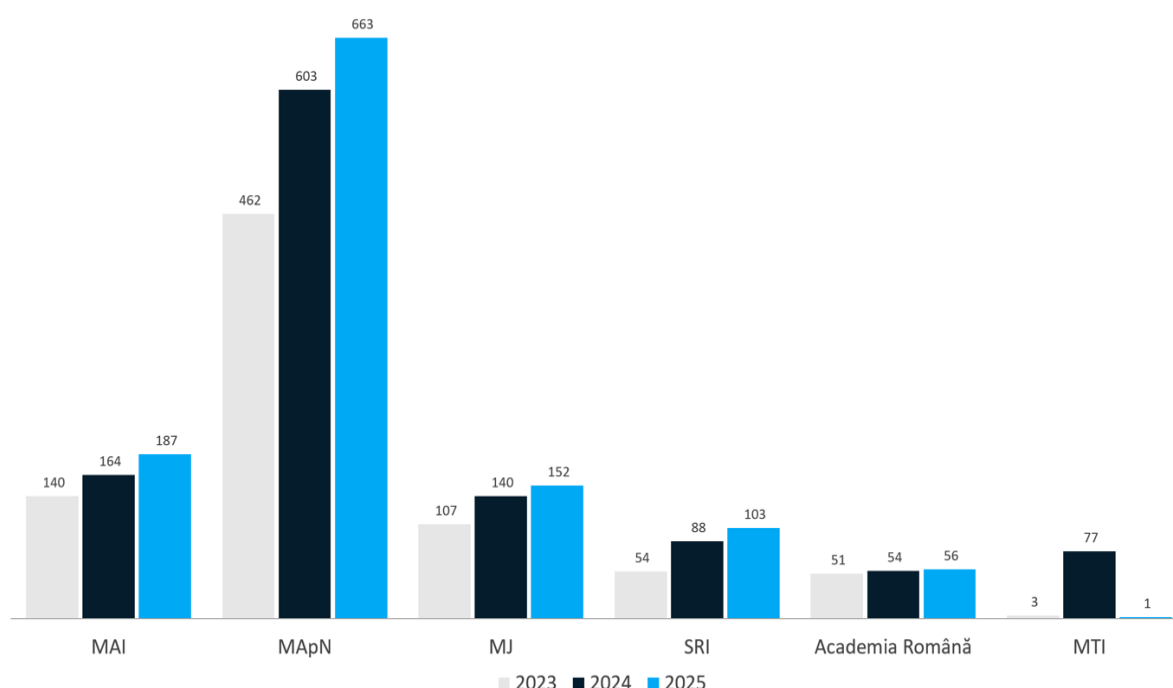


Figura 24. Evoluția cheltuielilor curente cu sănătatea ale ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, 2023-2025, în milioane lei. Sursa datelor: MF – Execuțiile bugetare ale instituțiilor și ministerelor; pentru 2023, ediția anterioară a raportului.

4. Autoritățile locale

Descentralizarea serviciilor de sănătate din România a început odată cu implementarea OUG 162/2008, care a realizat transferul atribuțiilor și competențelor Ministerului Sănătății către Unitățile Administrativ-Teritoriale (UAT-uri). Prin acest proces, un număr semnificativ de 270 de spitale publice, din totalul de 367, au trecut în subordinea UAT-urilor, precum județe, municipii și orașe.

În capitală, Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale din București (ASSMB) a fost înființată sub autoritatea Consiliului General al Municipiului București (CGMB). În 2009, în subordinea ASSMB au intrat 19 spitale din totalul de 50 din București. Cu toate acestea, procesul de descentralizare nu a continuat, iar restul spitalelor au rămas sub coordonarea Ministerului Sănătății sau a altor ministere, cum ar fi Ministerul Justiției, Ministerul de Interne, Ministerul Transporturilor, Ministerul Apărării și Serviciul Român de Informații (SRI).

În ciuda intențiilor bune, descentralizarea a întâmpinat multiple dificultăți care au condus la un eșec relativ al procesului. Printre principalele probleme se numără lipsa de know-how la nivel local, infrastructura precară moștenită și finanțarea insuficientă de la bugetul local. În plus, finanțarea de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) s-a realizat diferențiat în funcție de categoria spitalului, ceea ce a contribuit la inegalități în alocarea resurselor. Politizarea excesivă a managementului spitalelor și implicarea tot mai scăzută a autorităților centrale au agravat situația. În același timp, cetățenii au rămas slab informați cu privire la rolul APL-urilor în gestionarea spitalelor, ceea ce a dus la o înțelegere limitată a responsabilităților locale în domeniul sănătății. În final, descentralizarea a slăbit capacitatea de coordonare și planificare a Ministerului Sănătății, influența sa asupra spitalelor descentralizate fiind diminuată de interpunerea autorităților publice locale, care adeseori au viziuni diferite asupra direcțiilor de dezvoltare ale rețelelor sanitare județene/ locale. În prezent, ca urmare a procesului de descentralizare, planificarea și restructurarea coordonată a rețelei de spitale publice este mult mai dificilă, necesitând convergența intereselor diferite ale mai multor actori guvernamentali: Ministerul Sănătății, celelalte ministere cu rețea proprie, autoritățile publice locale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Autoritățile locale joacă, însă, un rol esențial în asigurarea și îmbunătățirea serviciilor de sănătate publică, acoperind o gamă largă de responsabilități care includ atât asistența

medicală comunitară, cât și administrarea spitalelor și promovarea sănătății publice în comunități.

Rolul autorităților locale în sănătate:

I. Asistența medicală comunitară și medicina socială

- Recrutarea și coordonarea activității asistenților medicali comunitari (finanțare prin subvenții din bugetul MS)
- Centre de sănătate multifuncționale
- Servicii medicale și stomatologice pentru grupurile defavorizate (neasigurați, vârstnici, persoane cu handicap, alte grupuri vulnerabile)
- Servicii de tipul centrelor de zi pentru bolnavii cu Alzheimer
- Recuperare neurologică și îngrijire medicală postintervenție chirurgicală
- Hospice (îngrijire paliativă și terapie a durerii)
- Structuri pluridisciplinare asistent social - asistent medical comunitar – medic de familie
 - Catagrafierea problemelor sociomedicale ale comunităților locale
 - Promovarea principiilor de prevenție
 - Educație pentru sănătate, informare socială
 - Asistență sociomedicală proactivă (salarii asistenți comunitari – MS)
- Servicii medico-sociale în unități sanitare dedicate (finanțare prin subvenții din bugetul MS)

II. Asistența medicală desfășurată în unitățile de învățământ

- Infrastructura și dotările cabinetelor medicale școlare
- Recrutarea și salarizarea personalului (finanțat prin contracte cu direcțiile de sănătate publică)

III. Asistența medicală primară și secundară – medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, medicina dentară

- Administrarea infrastructurii sanitare aflate în patrimoniul UAT – fostele dispensare și policlinici
- Stimulente pentru înființarea cabinetelor medicale

- Dezvoltarea de centre de permanență în zonele unde serviciile medicale nu sunt ușor accesibile

IV. Spitale

- Investiții în infrastructură și dotări din bugetul local, dar și prin atragerea de fonduri europene
- Acoperirea parțială a unor cheltuieli de funcționare
- Acordarea de stimulente (cazare, transport etc.) pentru acoperirea deficitului de personal medical
- Reorganizarea spitalelor pentru a răspunde nevoilor reale ale comunității
- Construcția de noi spitale

V. Factorii determinanți ai stării de sănătate

- Administrarea rețelilor de apă și canalizare, a serviciilor de salubritate, transport public de persoane, a servicii sociale, a infrastructurii rutiere, toate având efecte asupra nivelului de poluare, alimentației, calității vieții etc.
- Educație, educație pentru sănătate, promovare stil de viață sănătos
- Prevenție primordială, primară, secundară în sănătate

Pentru a calcula **cheltuielile curente cu sănătatea ale unităților administrativ-teritoriale (UAT-uri)**, a fost necesară, ca și în ediția anterioară, o analiză detaliată și consolidarea datelor din execuția bugetară. În acest scop, au fost excluse din calcul cheltuielile curente ale spitalelor publice descentralizate finanțate din venituri de la FNUASS și MS, acestea fiind incluse în sursele respective. În schimb, au fost luate în considerare sumele alocate spitalelor de către UAT din resurse proprii², în completarea celor de la FNUASS și MS. În urma acestui proces, cheltuielile curente ale UAT-urilor la **Capitolul bugetar 66 - Sănătate** au totalizat **1.640.010.831 RON** în 2024 și **1.607.504.441 RON** în 2025, față de **1.415.331.492 RON** în 2023 (+13,6% în 2025 față de 2023). Totuși, bugetele locale ale UAT-urilor primesc **subvenții de la bugetul de stat** (prin bugetul Ministerului Sănătății și DSP-uri) pentru anumite categorii de cheltuieli, cum ar fi:

² Este vorba de venituri a căror alocare este decisă de administrația publică locală, precum impozite și taxe locale, cota defalcată directă din impozit pe venit, sume pentru echilibrarea bugetelor locale.

- **Asistența medicală școlară;**
- **Asistența medicală comunitară;**
- **Unitățile medico-sociale.**

Aceste cheltuieli sunt incluse atât în execuția bugetară a MS, cât și în capitolul de venituri ale UAT-urilor. Deoarece aceste cheltuieli au fost deja consolidate în calculul **Total Health Expenditure** la nivelul Ministerului Sănătății, ele vor fi excluse din calculul cheltuielilor UAT-urilor.

Spre deosebire de ediția anterioară – în care transferurile către spitale și alte entități subordonate au fost excluse într-o primă fază și reintroduse ulterior, pe baza veniturilor raportate de spitalele publice la subcapitolul 4310 –, în această ediție defalcarea cheltuielilor s-a putut realiza direct pe subcapitole bugetare, separând cheltuielile aferente subcapitolului „Spitale generale” de restul cheltuielilor de sănătate ale UAT-urilor.

Astfel, după excluderea subvențiilor de la bugetul de stat, cheltuielile curente cu sănătatea ale UAT-urilor finanțate din resurse proprii au totalizat **636.282.152 RON în 2025**, din care **419.048.232 RON** pentru spitalele publice și **217.233.921 RON** pentru alte cheltuieli de sănătate. Această valoare va fi inclusă în calculul Total Health Expenditure

Analiza comparativă a perioadei 2023–2025 evidențiază un aspect îngrijorător. Deși cheltuielile totale ale UAT-urilor la capitolul Sănătate au crescut nominal, această evoluție este explicată aproape exclusiv de majorarea transferurilor de la bugetul de stat pentru cabinetele de medicină școlară, asistența medicală comunitară și unitățile medico-sociale. După eliminarea acestor transferuri, contribuția proprie a autorităților locale la finanțarea curentă a sănătății a rămas practic neschimbată: 638 milioane lei în 2023 și 636 milioane lei în 2025. Mai mult, sumele direcționate din venituri proprii către spitalele publice au înregistrat chiar o ușoară scădere, de la 442 milioane lei la 419 milioane lei.

Această evoluție este puțin încurajatoare. În toate sistemele sanitare moderne, autoritățile locale reprezintă unul dintre principalii actori ai dezvoltării serviciilor medicale, nu doar prin investiții, ci și prin susținerea funcționării curente a spitalelor și adaptarea acestora la nevoile comunității.

Tabelul 27. Consolidarea Cheltuielilor curente cu sănătatea ale Unităților Administrativ-Teritoriale 2023-2025

Categorie cheltuieli	2023 (RON)	2024 (RON)	2025 (RON)	Detalii
Cheltuieli curente ale UAT pentru sănătate (02 66)	1.415.331.492	1.640.010.831	1.607.504.441	<i>total - din execuție; include și bugetele instituțiilor medico-sociale subordonate</i>
Subvenții din bugetul de stat pentru finanțarea sănătății (asistența medicală comunitară)	-129.908.071	-167.347.169	-164.154.168	<i>de exclus - Asistența medicală comunitară - Bugetul MS</i>
Subvenții din bugetul de stat pentru unități de asistență medico-socială	-63.407.417	-65.963.424	-62.805.285	<i>de exclus - Unitățile medico-sociale - Bugetul MS</i>
Subvenții din bugetul de stat alocate conform contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică (cabinetele de medicină școlară)	-494.839.040	-671.935.981	-744.262.836	<i>de exclus - Medicina școlară - Bugetul MS</i>
CHELTUIELI CURENTE TOTALE DIN VENITURI PROPRII ALE UAT	638.086.933	734.764.257	636.282.152	<i>obținute ca diferență a rândurilor de mai sus</i>
din care: pentru spitalele publice	441.807.497	431.588.799	419.048.232	<i>cheltuieli pe subcapitolul „Spitale generale”</i>
din care: alte cheltuieli de sănătate	196.279.436	303.175.457	217.233.921	<i>ambulatoriu, asistență medicală comunitară, medico-social etc., din venituri proprii</i>

Sursa datelor: MF – Execuția UAT - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>.

Această stagnare este cu atât mai îngrijorătoare cu cât perioada 2023–2025 a fost caracterizată de costuri ridicate ale utilităților. Deși spitalele au beneficiat de mecanisme naționale de plafonare a prețurilor la energie, acestea au continuat să suporte costuri operaționale importante generate de consumul foarte ridicat de energie electrică, gaze naturale și alte utilități. În anul 2025, prețul final plafonat al energiei electrice pentru spitale a fost stabilit la maximum **1 leu/kWh**, prin OUG nr. 6/2025, ceea ce reflectă necesitatea continuării intervenției statului pentru limitarea impactului costurilor energetice asupra funcționării unităților sanitare

În condițiile actualei structuri a rețelei naționale de spitale publice, implicarea suplimentară a administrației publice locale în finanțarea nevoilor de funcționare reprezintă una dintre condițiile esențiale pentru dezvoltarea unui sistem spitalicesc performant și sustenabil, prin reducerea dependenței exclusive de finanțarea centrală.

Poate mai important, în afara transferurilor pentru cheltuieli curente, autoritățile locale sunt responsabile de realizarea investițiilor în infrastructură și dotări cu echipamente medicale în spitalele pe care le administrează, precum și în alte imobile în care au loc activități de sănătate și care se află în proprietatea UAT.

Investițiile sunt finanțate din patru surse principale, și anume venituri proprii ale bugetelor locale, subvenții de la bugetul de stat, prin bugetul MS, fonduri externe nerambursabile și, mai rar, împrumuturi contractate de autoritățile locale. În anul 2025, **cheltuielile totale de dezvoltare ale UAT-urilor la capitolul Sănătate au totalizat 2.874.745.910 lei**, din care **414.331.107 lei** au reprezentat **subvenții de la bugetul de stat**, iar **2.460.414.803 lei** au **provenit din venituri proprii și alte surse (fonduri externe nerambursabile și împrumuturi)**. Din acestea din urmă, 1.458.574.399 lei au fost direcționați către subcapitolul „Spitale generale” (transferuri de capital și proiecte de investiții pentru spitale), iar 1.001.840.404 lei au reprezentat alte investiții în infrastructura de sănătate realizate direct de autoritățile locale.

Comparativ, investițiile din venituri proprii și alte surse au fost de 2.099,5 milioane lei în 2023 și 1.952,7 milioane lei în 2024: după o scădere de 7,0% în 2024, anul 2025 a adus o revenire puternică (+26,0% față de 2024 și +17,2% față de 2023), susținută în special de proiectele cu finanțare din PNRR derulate prin bugetele locale, ale căror plăți s-au dublat față de anul anterior.

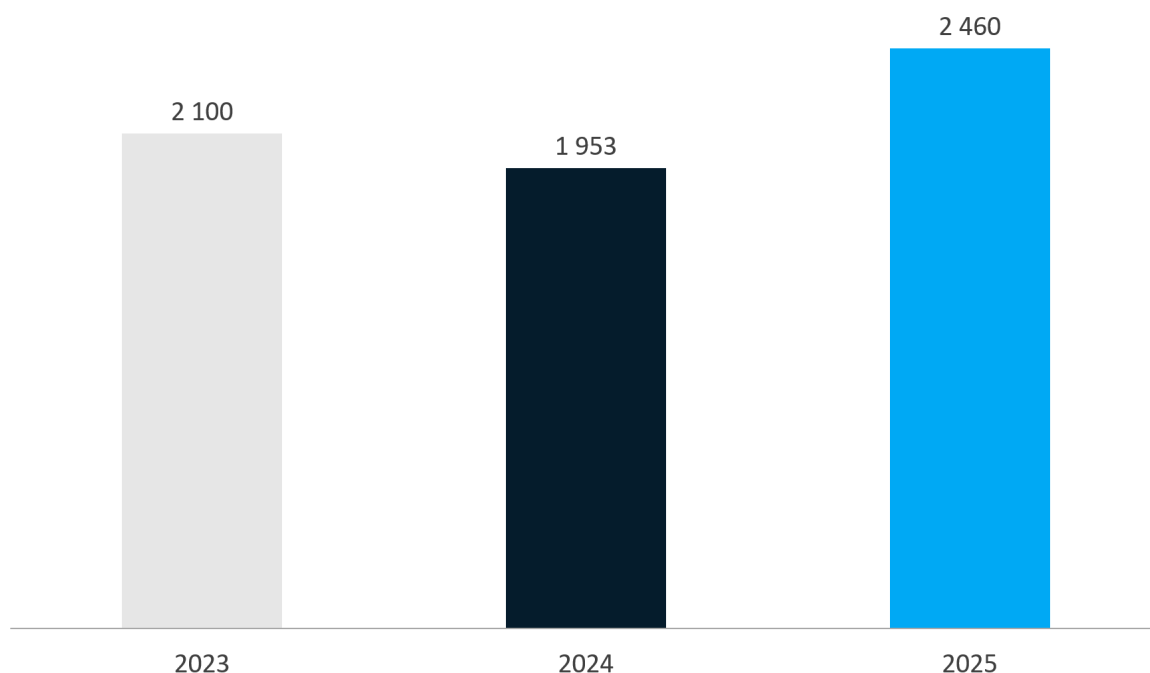


Figura 25. Investițiile în sănătate ale UAT-urilor din venituri proprii și alte surse, 2023-2025, în milioane lei. Sursa datelor: Ministerul Finanțelor – Execuția UAT.

Creșterea investițiilor este încurajatoare și demonstrează capacitatea administrațiilor locale de a atrage fonduri europene și de a implementa proiecte majore de infrastructură. Totuși, dezvoltarea sustenabilă a sistemului sanitar necesită un echilibru între planificarea națională coordonată, investițiile în infrastructura sanitară locală și implicarea autorităților locale în finanțarea activității curente și reorganizarea serviciilor medicale.

5. Abonamentele de sănătate

Abonamentele medicale reprezintă un mecanism de prepayment prin care persoanele fizice sau, mai frecvent, angajatorii în calitate de beneficiari de contracte colective, achită anticipat o sumă fixă lunară unui furnizor privat de servicii de sănătate, în schimbul accesului la un pachet predefinit de consultații, investigații și alte servicii medicale. Din perspectiva Sistemului Conturilor de Sănătate (ICHA-SHA 2011), abonamentele se încadrează în schema de finanțare HF.2.3.2 - scheme private de tip prepayment altele decât asigurările voluntare. Spre deosebire de asigurările private de sănătate, unde asigurătorul preia riscul financiar al evenimentului medical și plătește despăgubiri în limita sumelor asigurate, abonamentul oferă acces garantat la servicii medicale la un tarif fix, fără componentă de risc actuarial. Costul real al serviciilor utilizate poate fi mai mare sau mai mic decât contravaloarea abonamentului, riscul de utilizare rămânând la furnizor.

Introduse în România acum circa 30 de ani, abonamentele medicale au evoluat dintr-un beneficiu de nișă rezervat angajaților din corporații multinaționale într-o componentă de masă a beneficiilor salariale, prezentă astăzi la o gamă largă de angajatori privați din mediul urban. Principalii furnizori de pe piața abonamentelor medicale sunt rețelele integrate de sănătate care au construit în ultimele două decenii infrastructuri clinice extinse în marile centre urbane și au standardizat oferta de abonamente pentru a facilita contractarea la nivel de companie.

4.1. Dimensiunea și evoluția pieței abonamentelor medicale

Piața abonamentelor medicale din România a înregistrat în 2024 și 2025 o expansiune robustă atât în termeni valorici, cât și numerici. La finalul anului 2025, pe piața abonamentelor medicale din România erau active 2.209.382 de abonamente (+13,5% față de 2024), generând venituri estimate la 283 milioane euro (+16,0% față de 2024). Față de cifrele din studiul precedent - 1.954 mii abonați și 165 milioane euro în 2022, respectiv estimările de 2.050 mii abonați și 195 milioane euro pentru 2023 - avansul din ultimii doi ani este substanțial atât din punct de vedere valoric (+45% față de 2023), cât și al numărului de beneficiari (+7,8% față de estimarea din 2023). O nuanță metodologică importantă: numărul de abonamente înregistrate în 2024 (1.947.152) este ușor sub estimarea de 2.050 mii pentru 2023 din studiul anterior; diferența reflectă metodologia mai precisă utilizată în rapoartele operatorilor față de estimarea anterioară, nu o scădere reală a pieței.

Tabelul 28 prezintă evoluția pieței abonamentelor medicale private din România pe orizontul 2016-2025, cu datele pentru 2016-2022 provenind din studiul EY realizat la cererea PALMED, estimarea pentru 2023 din ediția anterioară a prezentului studiu, iar datele pentru 2024 și 2025 din analiza internă furnizată de Regina Maria.

Tabel 28. Evoluția pieței abonamentelor private de sănătate în România, 2016-2025

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ¹	2023 ²	2024	2025 ³
Venituri totale (mil. EUR)	70	80	91	104	120	140	165	195	244	283
Creștere anuală venituri (%)	-	+14,3	+13,8	+14,3	+15,4	+16,7	+17,9	+18,2	+25,1	+16,0
Nr. abonamente active (mii)	978	1.252	1.405	1.574	1.623	1.776	1.954	2.050	1.947	2.209
Creștere anuală nr. abonamente (%)	-	+28,0	+12,2	+12,0	+3,1	+9,4	+10,0	+4,9	-5,0	+13,5
Venit mediu lunar/abonat (EUR)	6,0	5,3	5,4	5,5	6,2	6,6	7,0	7,0	~10,5	~10,7

Surse: ¹ (EY, 2024);

² Estimare autori (ediția anterioară);

³ Estimare internă

Analiza seriei de date 2016-2025 evidențiază o accelerare a creșterii valorice în intervalul 2022-2025, față de ritmurile mai moderate din prima parte a deceniului. Venitul mediu anual per abonat a crescut de la 7,0 euro/lună în 2022-2023 la circa 10,5-10,7 euro/lună în 2024-2025, o majorare de 50% care reflectă deopotrivă creșterile de tarife operate de furnizori pe fondul

inflației costurilor medicale, dar și migrarea cererii spre pachete mai complexe, cu acoperiri mai extinse. Creșterea numărului de abonamente a fost neuniformă de-a lungul perioadei: după un avans de 4,9% în 2023, numărul de abonamente a marcat o ușoară contracție în baza de date din 2024 (1.947 față de estimarea de 2.050 mii), urmată de o revenire viguroasă la 2.209 mii în 2025 (+13,5%). Creșterea valorică din 2024 (+25,1%) a fost, prin urmare, determinată aproape exclusiv de majorarea tarifelor, în timp ce expansiunea din 2025 a combinat atât creșterea prețurilor (+2,1 euro/lună), cât și extinderea numerică a bazei de abonați.

Venitul mediu lunar per abonat de 10,5-10,7 euro în 2024-2025 este în continuare cu mult sub mediile vest-europene (30-60 euro/lună în state precum Germania sau Franța), dar apropiat de valorile din alte piețe emergente din Europa Centrală și de Est. Această diferență de nivel tarifar reflectă, pe de o parte, puterea de cumpărare mai redusă și structura pieței muncii din România, iar pe de altă parte, faptul că abonamentele românești acoperă de regulă servicii ambulatorii de bază (consultații, analize, imagistică simplă), fără componente de spitalizare sau intervenții chirurgicale, servicii care, în sistemele complementare mature, ridică semnificativ valoarea medie a produsului.

4.2. Piața totală a beneficiilor medicale: abonamente și asigurări private

O perspectivă mai cuprinzătoare asupra finanțării voluntare a serviciilor de sănătate poate fi obținută prin combinarea celor două instrumente de prepayment privat: abonamentele medicale și asigurările private de sănătate. Această perspectivă este relevantă deoarece, în practică, cele două produse deservesc segmente demografice și nevoi parțial suprapuse și sunt distribuite în mod preponderent prin același canal, beneficiile medicale oferite de angajatori. *Tabelul 29* prezintă tabloul integrat al pieței, conform datelor furnizate de Regina Maria.

Privind piața în ansamblu, segmentul beneficiilor medicale voluntare (abonamente și asigurări private combinate) a atins în 2025 o valoare totală de 510 milioane euro (+13,9% față de 448 milioane euro în 2024), cu 3.079.382 de pachete active (+12,5% față de 2024). Abonamentele medicale continuă să domine numeric piața, cu o pondere de 71,7% din totalul beneficiarilor (2.209.382 din 3.079.382), în timp ce asigurările private acoperă restul de 28,3%, adică aproximativ 872.000 de persoane asigurate, conform estimărilor UNSAR (2026). Din perspectiva valorică, abonamentele generează 55,5% din cifra de afaceri totală (283 din 510 milioane euro), față de 44,5% reprezentate de primele de asigurare.

Tabel 29. Piața totală a beneficiilor medicale din România, 2024 vs. 2025

SEGMENT	Nr. pachete 2024	Nr. pachete 2025	Δ Vol.	CA 2024 (mil. EUR)	CA 2025 (mil. EUR)
Asigurări de sănătate [ASF oficial]	790.000	870.000	+10,1 %	€204m	€227m
Abonamente medicale [estimat]	1.947.152	2.209.382	+13,5 %	€244m	€283m
TOTAL piață beneficii medicale	2.737.152	3.079.382	+12,5 %	€448m	€510m

Sursa: Estimare internă

Comparând ritmurile de creștere din 2025, abonamentele au crescut mai rapid atât numeric (+13,5%), cât și valoric (+16,0%), față de asigurările private (+10,1% beneficiari, +11,3% prime subscrise). Această dinamică diferențiată sugerează că abonamentele medicale sunt, în prezent, instrumentul de acces la sănătatea privată cu cea mai mare forță de penetrare în rândul populației active, în timp ce asigurările private cresc mai lent numeric dar înregistrează o apreciere a valorii contractelor în vigoare. Cele două instrumente sunt, în esență, complementare: abonamentul oferă acces predictibil la servicii ambulatorii curente, în timp ce asigurarea privată acoperă riscuri medicale mai costisitoare și mai imprevizibile (spitalizare, intervenții chirurgicale, investigații complexe).

În cazul asigurărilor private de sănătate, la calculul cheltuielilor curente totale cu sănătatea este inclusă doar valoarea indemnizațiilor plătite de asigurători, nu valoarea totală a primelor de asigurare încasate. Astfel, în calcul au fost incluse 633 milioane lei reprezentând indemnizații plătite din asigurările private de sănătate, la care se adaugă 1,439 miliarde lei aferente abonamentelor medicale, rezultând o valoare cumulată de aproximativ 2,072 miliarde lei, echivalentă cu 1,6% din cheltuielile curente totale cu sănătatea, confirmând că finanțarea privată voluntară, deși în expansiune rapidă, rămâne marginală față de mecanismele publice (FNUASS, buget de stat) și față de plățile directe din buzunarul pacienților (OOP). Cu toate acestea, impactul său calitativ este disproporționat: piața beneficiilor medicale voluntare finanțează o parte semnificativă din serviciile de ambulatoriu privat, reducând indirect presiunea pe ambulatoriul integrat public și pe unitățile de primiri urgențe.

4.3. Contextul de reglementare și tendințele pieței

Întrucât furnizorii privați nu au obligația de a raporta date privind numărul de abonați sau veniturile obținute din abonamentele de servicii medicale, dimensiunea acestei piețe a fost estimată pe baza datelor interne furnizate de un operator privat.

Contractele de abonament sunt raporturi civile sau comerciale directe între furnizorul de servicii medicale și beneficiar (individual sau corporativ), fără componenta de protecție specifică domeniului asigurărilor. Această particularitate reglementară conferă pieței flexibilitate și costuri de conformitate reduse, dar limitează și protecția consumatorului în caz de insolvență a furnizorului sau de modificare unilaterală a condițiilor contractuale.

Tendențele structurale ale pieței în 2024-2025 indică o maturizare progresivă a segmentului: consolidarea ofertei în jurul câtorva rețele integrate de dimensiuni naționale, digitalizarea rapidă a accesului la servicii (aplicații mobile, telemedicină inclusă în pachetele standard, programare online), extinderea geografică dincolo de București și marile centre regionale spre orașele medii și, nu în ultimul rând, presiunea angajaților pentru includerea beneficiilor medicale ca parte standard a pachetului de remunerare, pe fondul unei piețe a muncii tensionate. Aceste tendințe, combinate cu subfinanțarea cronică a ambulatoriului public, fac plauzibilă continuarea creșterii pieței abonamentelor medicale în intervalul 2026-2027, cu potențialul de a depăși 300 de milioane euro cifră de afaceri anuală.

6. Asigurările private de sănătate

Asigurările voluntare de sănătate reprezintă mecanismul prin care persoanele fizice sau angajatorii, în calitate de beneficiari de polițe colective, transferă riscul financiar al cheltuielilor medicale către un asigurător privat, autorizat și supravegheat de Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF). Fondul constituit din primele plătite de asigurați este utilizat pentru acoperirea contravalorii serviciilor medicale utilizate, în conformitate cu condițiile contractuale specifice fiecărui produs. Din perspectiva clasificării internaționale a cheltuielilor cu sănătatea (ICHA-SHA 2011), această categorie de cheltuieli se încadrează în schema de finanțare HF.2.1 - scheme voluntare de *prepayment*.

Produsele de asigurare de sănătate disponibile pe piața din România acoperă, de regulă, servicii medicale în rețelele private de clinici partenere ale asigurătorilor, în completarea pachetului de bază decontat prin Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). Paleta

de servicii incluse variază în funcție de nivelul de acoperire al poliței, dar include tipic: consultații de specialitate și investigații în ambulatoriu (analize de laborator, ecografii, radiografii, computer tomograf, RMN), teleconsultații, intervenții chirurgicale în regim ambulator sau spitalizare de zi, servicii de urgență în clinici private, a doua opinie medicală inclusiv din partea unor specialiști internaționali, spitalizare continuă în unități private și, în anumite configurații de produs, o indemnizație forfetară per zi de internare dacă asiguratul optează pentru tratament într-un spital public.

Față de ponderea lor în totalul cheltuielilor cu sănătatea (estimată sub 1% în România, comparativ cu 5-7% în state cu sisteme complementare mature precum Franța sau Austria), asigurările private de sănătate au un impact calitativ semnificativ: finanțează accesul rapid la serviciile private de diagnosticare și tratament acolo unde listele de așteptare din sistemul public sunt cel mai restrictive, susțin standardizarea calității în sectorul privat și constituie principalul canal prin care angajatorii oferă beneficii medicale angajaților. Segmentul a traversat în perioada 2024-2025 un nou ciclu de expansiune, cu depășirea, pentru prima dată în istoria sa, a pragului de 1 miliard de lei în prime subscrise.

5.1. Evoluția indicatorilor de piață în perioada 2021-2025

Tabelul de mai jos reunește principalii indicatori de performanță ai segmentului de asigurări de sănătate pe orizontul 2021-2025, permițând o comparație directă a celor doi ani de analiză ai prezentei actualizări (2024 și 2025) cu istoricul recent al pieței.

Primele brute subscrise de societățile autorizate de ASF au crescut de la 1.019,3 milioane lei în 2024 la 1.130 milioane lei în 2025 (+10,9%), iar includerea sucursalelor aduce volumul total la aproximativ 1,23 miliarde lei, în creștere cu 11% față de anul anterior (ASF, 2026). Față de piața totală de asigurări (25,8 miliarde lei în 2025), segmentul de sănătate reprezintă circa 4,4%, aflându-se ușor sub ponderea de 4,47% din 2023 și 4,35% din 2024, diferențele reflectând ritmuri de creștere diferite între segmentele pieței. Ritmul de expansiune de 11% din 2025 este comparabil cu creșterea generală a pieței de asigurări (+10%), semn că segmentul de sănătate își menține dinamica, chiar dacă avansul spectaculos de 25% din 2024 nu a mai putut fi replicat.

Rata daunelor brute, reprezentată de raportul dintre indemnizațiile plătite și primele subscrise, a urcat ușor în 2025 față de minimumul de 51,3% atins în 2024, ajungând la circa 53,6%. Această evoluție reflectă creșterea mai rapidă a indemnizațiilor (+26% față de 2024) comparativ cu primele subscrise (+11%), semn că utilizarea serviciilor acoperite s-a intensificat. Cu toate acestea, rata daunelor se menține la un nivel tehnic satisfăcător pentru asigurători, sub valorile

de 56-57% înregistrate în 2021-2023, confirmând că expansiunea din 2024-2025 a fost însoțită de o selecție adecvată a riscurilor.

Tabel 30. Indicatori-cheie ai pieței asigurărilor private de sănătate, 2021-2025*

INDICATOR	2021	2022	2023	2024	2025	Var. 2025/2024
Prime brute subscrise – ASF (mil. lei)	497,0	669,6	813,3	1.019,3	1.130,0	+10,9%
Prime brute subscrise – total incl. sucursale (mil. lei)	—	—	—	~1.108	~1.230	+11,0%
Indemnizații brute plătite – total (mil. lei)	280,9	361,8	457,9	522,6	~659	+26,1%
Rată daune brute (%)	56,5%	54,0%	56,3%	51,3%	~53,6%	+2,3 pp
Contracte în vigoare la 31 dec. (mii)	n.d.	~220	231	246,5	277,3	+12,5%
Primă medie pe contract – ASF (lei)	—	—	~3.520	~4.134	4.090	–1,1%

Surse: (IASIG, 2025, 2026; Ziarul Financiar, 2026b)

**Indemnizațiile 2025 sunt estimate pe baza datelor parțiale disponibile (633 mil. lei ASF = 96% din total)*

O evoluție notabilă în 2025 este cea a primei medii pe contract: calculele Ziarul Financiar pe baza datelor ASF indică o valoare de 4.090 lei/contract (Ziarul Financiar, 2026b). Față de prima medie estimată pentru 2024 (circa 4.134 lei, calculată ca PBS ASF / contracte în vigoare la 31 dec. 2024), valoarea din 2025 marchează o ușoară corecție, explicabilă prin faptul că extinderea bazei de clienți în 2025 a adus în portofoliu și asigurați noi cu polițe mai puțin complexe, coborând media. Tendința pe termen mediu rămâne una de apreciere a primei medii, pe fondul migrării cererii spre produse cu acoperiri mai extinse.

5.2. Evoluția numărului de contracte: accelerare în 2025

La 31 decembrie 2025, numărul contractelor de asigurare de sănătate active, aferente societăților autorizate de ASF, se ridică la 277.294, față de 246.520 la finele lui 2024, reprezentând o creștere anuală de 12,5% (1asig, 2026). Aceasta este cea mai accelerată creștere numerică din ultimii ani și reprezintă un semnal clar că piața a depășit faza de stagnare care a caracterizat intervalul 2020-2023.

Pentru a contextualiza corect această cifră, trebuie amintit că vârful numeric al pieței a fost atins în 2019, cu 403.000 de contracte active. Pandemia COVID-19 și restructurarea ulterioară a portofoliilor au dus la o corecție severă: în 2022-2023, piața ajunsese la aproximativ 220.000-231.000 de contracte. Recuperarea din 2024 (+6,7%, la 246.520 contracte) a fost solidă, iar accelerarea din 2025 (+12,5%, la 277.294 contracte) confirmă că tendința de refacere a bazei numerice s-a consolidat. La ritmul actual, piața ar putea reveni în apropierea maximului istoric din 2019 în intervalul 2027-2028.

Comparând evoluția valorică cu cea numerică pe orizontul 2023-2025, se poate observa că prima medie pe contract s-a majorat de la circa 3.520 lei în 2023 la circa 4.134 lei în 2024, pentru a coborî ușor la 4.090 lei în 2025 odată cu extinderea bazei de clienți. Această dinamică arată că piața a evoluat în două faze distincte: o primă fază (2022-2024) de creștere valorică intensă, susținută de produse mai scumpe și mai complexe, urmată de o a doua fază (2025-prezent) de creștere mai echilibrată, combinând expansiunea valorică cu refacerea bazei numerice.

5.3. Clasamentul asigurătorilor de sănătate în 2024

Tabelul de mai jos prezintă structura pieței în 2024, cu variațiile de cotă față de 2023.

Tabel 31. Clasamentul societăților de asigurare pe segmentul de sănătate, 2024

Nr.	Societate de asigurare	Cotă piață	PBS 2024 (mil. lei)	Variație vs. 2023
1	SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.	24,48%	250,0	-4,27 pp față de 2023
2	GROUPAMA ASIGURĂRI S.A.	23,69%	241,0	+7,12 pp față de 2023
3	ALLIANZ – TIRIAC ASIGURĂRI S.A.	18,47%	188,0	-2,25 pp față de 2023

4	NN ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A.	13,60%	139,0	+1,59 pp față de 2023
5	OMNIASIG VIG S.A.	8,52%	87,0	-1,21 pp față de 2023
	TOTAL (1–5)	88,76%	905,0	
6	ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.	5,66%	57,7	
7	ASITO KAPITAL S.A.	—	—	
8	EUROLIFE FFH ASIGURĂRI GENERALE S.A.	1,31%	13,4	
9	UNIQA ASIGURĂRI S.A.	0,90%	9,2	
10	NN ASIGURĂRI S.A.	0,61%	6,2	
	TOTAL (1–10)	97,24%	991,5	
	Alte societăți	2,76%	27,8	
	TOTAL	100,00%	1.019,3	

Sursa: (Iasig, 2025)

Principala noutate a clasamentului din 2024 față de 2023 este ascensiunea GROUPAMA Asigurări de pe locul 3 pe locul 2, cu un avans de 7,12 puncte procentuale în cotă de piață. Compania a subscris 241 milioane lei, reducând decalajul față de liderul SIGNAL IDUNA la sub un punct procentual. Aceasta din urmă și-a menținut poziția de lider cu 250 milioane lei (24,48%), deși a cedat 4,27 pp față de 2023. ALLIANZ – TIRIAC completează podiumul cu 188 milioane lei (18,47%). Topul 5 rămâne dominat de aceleași societăți ca în 2023, cumulând 88,76% din piață, un nivel de concentrare similar cu 87,78% din anul anterior. Caracteristica structurală definitorie a pieței se menține: cu excepția NN Asigurări de Viață, toate celelalte societăți din topul 5 operează preponderent prin contracte colective cu angajatori, accesul individual la asigurările private de sănătate rămânând limitat.

5.4. Clasamentul asigurătorilor de sănătate în 2025 și modificările față de 2024

Clasamentul final al anului 2025 aduce redistribuiri semnificative în interiorul primelor patru poziții, confirmând intensificarea competiției pentru leadershipul acestui segment.

Tabel 32. Clasamentul societăților de asigurare pe segmentul de sănătate, 2025

Nr.	Societate de asigurare	Cotă piață 2025	PBS 2025 (mil. lei)	Variație vs. 2024
1	SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.	~24,8%	283	+33 mil. lei, +14%
2	GROUPAMA ASIGURĂRI S.A.	24,37%	276	+35 mil. lei, +14%
3	NN ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A.	16,21%	184	+45 mil. lei, +32% ↑ loc 3
4	ALLIANZ – TIRIAC ASIGURĂRI S.A.	15,76%	179	−9 mil. lei, −5% ↓ loc 4
5	OMNIASIG VIG S.A.	8,09%	92	+5 mil. lei, +5%
TOTAL (1–5)		~89,2%	1.014	
6	ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.	5,86%	—	
7	ASITO KAPITAL S.A.	1,78%	—	
8	EUROLIFE FFH ASIGURĂRI GENERALE S.A.	1,18%	—	
9	NN ASIGURĂRI S.A.	0,80%	—	↑ un loc
10	BRD ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A.	0,33%	—	nou intrat în Top 10
TOTAL (1–10)		~99,2%	—	
Alte societăți		~0,8%	—	
TOTAL ASF		100,00%	1.130	

Surse: (Iasig, 2026; Ziarul Financiar, 2026b)

SIGNAL IDUNA Asigurare Reasigurare redevine liderul necontestat al segmentului la finele lui 2025, cu subscrieri de 283 milioane lei (+14% față de 2024) și o cotă de piață de circa 24,8%. Traseul companiei de-a lungul anului a fost sinuos: în primele nouă luni din 2025 cedase prima poziție în favoarea Groupama, pentru a o recâștiga pe ultima sută de metri (Ziarul Financiar, 2026a).

GROUPAMA Asigurări se plasează pe locul 2 cu 276 milioane lei (24,37%), menținând un ritm de creștere de 14% față de 2024. Diferența față de lider este de numai 7 milioane lei, ceea ce transformă această competiție într-un duel de aproape la limită care va marca și exercițiul 2026.

Cea mai spectaculoasă mișcare din clasamentul 2025 este urcarea NN Asigurări de Viață pe locul 3, cu un avans de 32% față de 2024 (de la 139 la 184 milioane lei), propulsând compania peste Allianz – Tiriac Asigurări, care coboară pe locul 4 pe fondul unei ușoare scăderi a subscrierilor cu 5% (de la 188 la 179 milioane lei). Această inversare de poziții reflectă, pe de o parte, investițiile NN în extinderea rețelei de distribuție retail - singura companie din top 5 care comercializează produse direct persoanelor fizice și, pe de altă parte, o temperare a ritmului de creștere a Allianz – Tiriac pe segmentul de sănătate. OMNIASIG VIG își menține locul 5 cu 92 milioane lei (+5%). O noutate față de 2024 este intrarea BRD Asigurări de Viață S.A. în Top 10, pe locul 10, în locul NN Asigurări S.A., care urcă o poziție.

5.5. Contribuția sistemică și perspective de dezvoltare

Cu toate că în termeni absoluți piața asigurărilor de sănătate a ajuns la 1,23 miliarde lei în 2025, contribuția sa la finanțarea globală a sistemului de sănătate se menține marginală. Indemnizațiile brute plătite de asigurători în 2025 (~659 milioane lei, echivalentul a circa 130 milioane euro) reprezintă sub 0,6% din totalul cheltuielilor curente cu sănătatea estimate pentru România. Prin comparație, plățile directe din buzunarul pacienților (OOP) sunt estimate, în metodologia proprie a acestui studiu, la circa 30 de miliarde lei, adică de peste 45 de ori mai mari. Asigurările private de sănătate completează, dar nu înlocuiesc, finanțarea publică și plățile directe.

Evoluția din 2024-2025 conturează câteva tendințe cu relevanță strategică pentru sistemul de sănătate românesc în ansamblul său. Prima este creșterea primei medii pe contract la peste 4.000 de lei anual: această valoare indică o deplasare a cererii spre produse mai complexe, cu rețele medicale mai extinse și franșize mai reduse, ceea ce sugerează că piața se maturizează treptat, migrând de la polițele de bază (orientate exclusiv spre ambulatoriu) spre pachete

comprehensive care includ și spitalizarea. A doua tendință este accelerarea creșterii numărului de contracte în 2025 (+12,5%), după ani de stagnare, ceea ce indică o extindere reală a bazei de asigurați dincolo de reînnoirile portofoliilor existente. A treia este intensificarea competiției la vârful clasamentului - diferența dintre primii doi jucători se comprimă de la an la an, dinamizând piața și stimulând inovarea de produs.

Principala limitare structurală care frânează convergența cu mediile europene rămâne dominanța covârșitoare a contractelor corporate față de produsele retail. Atâta timp cât accesul la o asigurare privată de sănătate depinde, în proporție covârșitoare, de angajatorul care o oferă ca beneficiu, segmente demografice importante (pensionari, lucrători independenți, angajați din IMM-uri fără astfel de beneficii, lucrători din agricultură) rămân în afara oricărei acoperiri voluntare. Extinderea gamei de produse retail accesibile ca preț, stimulentele fiscale pentru primele plătite de persoane fizice și digitalizarea distribuției reprezintă condițiile structurale necesare pentru o creștere sustenabilă pe termen lung a gradului de penetrare a asigurărilor private de sănătate în România.

7. Plăți directe (*out-of-pocket*)

Metodologie

Plățile directe reprezintă sumele achitate nemijlocit de pacienți furnizorilor de servicii și produse de sănătate, în schimbul prestațiilor primite. Furnizorii privați pot fi organizați, în funcție de cadrul juridic aplicabil, ca societăți, persoane fizice autorizate (PFA), cabinete medicale individuale (CMI) sau forme asociative ale acestora și sunt înregistrați în registrele prevăzute de lege. Obligațiile de raportare diferă în funcție de forma de organizare: societățile depun situații financiare anuale la autoritățile fiscale, iar persoanele fizice care obțin venituri din activități independente depun declarațiile fiscale aplicabile. Pentru societăți, situațiile financiare anuale includ date din contul de profit și pierdere, iar facturile aferente tranzacțiilor care intră în sfera obligației de raportare sunt transmise prin sistemul național RO e-Factura. Pentru PFA și CMI, analiza a avut în vedere datele privind veniturile declarate prin formularul fiscal aplicabil, în măsura în care acestea au fost disponibile în seturile de date furnizate de MF.

În aceste condiții, colectivul de autori a elaborat o metodologie care să valorifice raportările financiar-contabile, datele privind tranzacțiile entităților din sistemul de sănătate, precum și datele administrative ale caselor de asigurări de sănătate și ale direcțiilor de sănătate publică. Datele administrative s-au referit la valoarea plăților efectuate anual către furnizorii cu care au încheiat relații contractuale pentru furnizarea serviciilor și produselor din pachetele de servicii de bază și minimal, din programele naționale de sănătate, precum și pentru alte cheltuieli specifice (salarizarea medicilor rezidenți, a personalului din activitățile de cercetare, a activităților unităților de primiri urgențe etc.). În esență, metodologia și-a propus să estimeze valoarea cheltuielilor private aferente serviciilor și produselor de sănătate astfel:

$$\begin{aligned} & \text{ch private pentru servicii de sănătate Ro} \\ &= \sum \text{cifra afaceri sau venituri curente} \\ & - \sum \text{încasări de la bugete publice} \\ & - \sum \text{încasări de la alți furnizori de servicii de sănătate} \end{aligned}$$

În etapa următoare, valoarea plăților directe a fost calculată ca:

$$\begin{aligned} & \text{plăți directe pentru servicii de sănătate Ro} \\ &= \text{ch private pentru servicii de sănătate Ro} \\ & - \text{încasări în cadrul schemelor de plăți facultative} \\ & + \text{cota TVA aplicabilă} \end{aligned}$$

Variabilele din cele două formule ale metodologiei de estimare a plăților directe pentru servicii de sănătate au fost definite astfel:

ch private pentru servicii de sănătate Ro-încasări în cadrul schemelor de plăți facultative

1. Cifra de afaceri – valoarea producției vândute, fără TVA, pentru societăți comerciale, sau totalul veniturilor realizate, pentru p.f.a. și c.m.i., potrivit raportărilor către MF (formularele 600, 601 și, respectiv, 212);
2. Venituri curente – venituri din prestări servicii și din subvenții pentru cheltuieli curente realizate de furnizorii de servicii organizați ca instituții publice (spitale, ambulatorii de specialitate, servicii de ambulanță județene, centre de transfuzii etc.); sursa datelor a fost MF, prin portalul www.transparentabudgetara.ro;
3. Încasări de la bugete publice – venituri încasate de furnizorii de servicii de sănătate, indiferent de forma de organizare, de la bugete publice (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, Ministerul Sănătății, ministere cu rețea proprie – MApN, MAI, MJ, SRI, Academia Română –, bugetele unităților administrativ-teritoriale); sursele datelor au fost casele de asigurări de sănătate și MF, prin portalul www.transparentabudgetara.ro;
4. Încasări de la alți furnizori de servicii de sănătate – venituri realizate de furnizorii de servicii de sănătate pentru prestații vândute altor furnizori dintre cei selectați pentru analiză; sursa datelor a fost MF, prin sistemul național RO e-factura;
5. Încasări în cadrul schemelor de plăți facultative – indemnizații brute plătite din asigurări voluntare de sănătate, servicii de sănătate preplătite; sursele datelor au fost ASF, PALMED;
6. Cota de TVA aplicabilă – TVA achitat de pacienți pentru medicamente, servicii medicale și dispozitive medicale, după caz. În prezent, TVA este aplicabil

medicamentelor (în anul 2025, în medie 9,8%³) și pentru dispozitive medicale (în anul 2025, în medie 19,9%), cu excepția celor ortopedice.

Așadar, obiectivul metodologiei a fost de a estima cheltuielile private la nivel de furnizor, scăzând din veniturile totale aferente producției vândute veniturile provenite de la bugete publice și de la alți furnizori. Rezultatul reprezintă valoarea bunurilor și serviciilor finanțate din surse private. Prin scăderea din această valoare a cheltuielilor finanțate prin scheme de plăți facultative se obține o valoare estimativă a plăților directe efectuate de populație „din buzunar”.

Date disponibile

Pentru estimarea cheltuielilor private aferente serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în anul 2025 au fost utilizate următoarele categorii de date:

1. Au fost selectate codurile CAEN de interes pentru activitatea vizată (Tabelul 33).

Tabelul 33 – Lista codurilor CAEN selectate pentru analiză

Cod CAEN	Denumire cod CAEN rev 2	Agregare
4773	Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, în magazine specializate	Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale
4774	Comerț cu amănuntul al articolelor medicale și ortopedice, în magazine specializate	
8610	Activități de asistență spitalicească	Servicii medicale în unități sanitare cu paturi
8621	Activități de asistență medicală generală	Servicii medicale în ambulatoriu
8622	Activități de asistență medicală specializată	
8623	Activități de asistență stomatologică	
8690	Alte activități referitoare la sănătatea umană	Altele
8710	Activități ale centrelor de îngrijire medicală	
8720	Activități ale centrelor de recuperare psihică și de dezintoxicare, exclusiv spitale	

³ Respectiv 9% în perioada ianuarie-iulie și 11% în perioada august-decembrie.

8730	Activități ale căminelor de bătrâni și ale căminelor pentru persoane aflate în incapacitate de a se îngriji singure	
8790	Alte activități de asistență socială, cu cazare, n.c.a.	
8810	Activități de asistență socială, fără cazare, pentru bătrâni și pentru persoane aflate în incapacitate de a se îngriji singure	

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

2. A fost realizat un nomenclator al operatorilor economici cu codurile principale CAEN dintre cele selectate (Tabelul 34).

Tabelul 34 – Distribuția operatorilor economici din nomenclator pe coduri CAEN

Cod CAEN	Număr operatori economici	Număr operatori economici contractori ai caselor de asigurări de sănătate 2025
4773	3.070	2.182
4774	940	83
8610	392	170
8621	2.572	1.677
8622	11.420	2.701
8623	9.983	1.362
8690	5.025	628
8710	46	6
8720	17	-
8730	305	3
8790	19	1
8810	85	2

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

3. Au fost obținute informații privind cifra de afaceri a operatorilor economici din nomenclator pentru anii 2024 și 2025. Pentru 2024, datele au fost disponibile pentru toate categoriile de întreprinderi. Pentru 2025, au fost disponibile date pentru întreprinderile mici, mijlocii și mari, dar nu și pentru microîntreprinderi. Datele din

2024, împreună cu evoluția observată între 2024 și 2025 la întreprinderile cu raportări disponibile în ambii ani, au fost utilizate pentru estimarea cifrei de afaceri din 2025 a microîntreprinderilor. Informațiile au fost agregate la nivel de operator economic (Tabelul 35).

Tabelul 35 – Cifrele de afaceri ale operatorilor economici din nomenclator în anul 2024

Cod CAEN	Denumire CAEN	Cifra de afaceri 2024 (lei, fără TVA)
4773	Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, în magazine specializate	40.906.821.833
4774	Comerț cu amănuntul al articolelor medicale și ortopedice, în magazine specializate	2.077.839.636
8610	Activități de asistență spitalicească	3.901.611.702
8621	Activități de asistență medicală generală	2.712.017.926
8622	Activități de asistență medicală specializată	15.347.879.134
8623	Activități de asistență stomatologică	6.428.184.807
8690	Alte activități referitoare la sănătatea umană	4.757.172.086
8710	Activități ale centrelor de îngrijire medicală	31.270.890
8720	Activități ale centrelor de recuperare psihică și de dezintoxicare, exclusiv spitale	3.898.486
8730	Activități ale căminelor de bătrâni și ale căminelor pentru persoane aflate în incapacitate de a se îngriji singure	512.595.976
8790	Alte activități de asistență socială, cu cazare, n.c.a.	38.249.798
8810	Activități de asistență socială, fără cazare, pentru bătrâni și pentru persoane aflate în incapacitate de a se îngriji singure	143.308.480

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

- Au fost obținute informații de la cele 42 de case de asigurări de sănătate județene și a municipiului București cu privire la sumele achitate operatorilor economici contractați pentru servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în anul 2025. Dintre acestea, au fost marcate în vederea preluării în algoritmul de calcul acelea aferente operatorilor economici prezenți în nomenclatorul menționat la punctul 2. Acestea au fost agregate la nivel de operator economic și palier de asistență medicală.

5. Au fost obținute de la Ministerul Finanțelor informații cu privire la tranzacțiile dintre operatorii economici din nomenclator în anul 2025, respectiv facturi emise și facturi primite. Acestea au fost primite agregate la nivel de cod CAEN (Tabelul 36).

Tabelul 36 – Distribuția tranzacțiilor între operatorii economici din nomenclator în anul 2025

Cod CAEN	Emise		Primite	
	Număr facturi	Total (lei, cu TVA)	Număr facturi	Total (lei, cu TVA)
4773	6.452.779	10.405.089.195	6.038.677	8.009.289.881
4774	405.604	866.598.330	81.732	167.443.111
8610	18.692	539.666.634	155.183	2.146.855.091
8621	67.971	934.002.441	115.328	796.148.424
8622	421.997	4.239.586.025	623.451	4.952.145.427
8623	206.428	1.849.194.530	445.429	2.079.122.418
8690	134.005	1.148.736.949	176.665	1.754.672.611
8710	588	1.339.283	2.935	12.546.159
8720	123	1.669.456	175	598.378
8730	1.739	9.827.948	63.945	73.964.547
8790	85	1.098.763	5.796	3.608.269
8810	167	2.793.565	862	3.208.805
TOTAL	7.710.178	19.999.603.120	7.710.178	19.999.603.120

Notă: În calculul cheltuielilor private se elimină TVA din tranzacții pentru medicamente

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

Organizarea datelor disponibile

Au fost efectuate analize de compatibilitate între seturile de date disponibile:

1. Au fost asociate codurile CAEN cu furnizorii caselor de asigurări de sănătate.
2. În setul de date cu privire la sumele achitate din FNUASS, au fost separați operatorii economici în trei categorii:
 - a. operatori economici identificați atât în nomenclator, cât și în baza de date cu sume achitate din FNUASS;

- b. operatori economici neidentificați în nomenclator (alte coduri CAEN sau nerespectarea termenelor de raportare a situațiilor financiare);
 - c. operatori economici cărora nu le-a putut fi asociat un cod CAEN, chiar și după extinderea căutării în nomenclatorul general al entităților din sistemul de sănătate al ASE, în nomenclatorul operatorilor economici publicat de Oficiul Național al Registrului Comerțului pe [www.portalul data.gov.ro](http://www.portalul.data.gov.ro).
3. Au fost exportate valori agregate ale plăților efectuate de casele de asigurări de sănătate pentru cele trei categorii de operatori economici.

Tabelul 37 – Operatori economici care au semnat contracte cu casele de asigurări de sănătate și veniturile încasate în anul 2025

cod CAEN	Operatori economici prezenți în nomenclator și în lista furnizorilor caselor de asigurări de sănătate		Operatori economici prezenți în lista furnizorilor caselor de asigurări de sănătate, dar nu și în nomenclator	
	Număr operatori economici 2025	Venituri de la FNUASS 2025 (lei, cu TVA)	Număr operatori economici 2025	Venituri de la FNUASS 2025 (lei, cu TVA)
4646	50		50	1.779.808.016
4773	2.182	18.314.851.167	35	13.058.447
4774	83	203.632.708		
8610	170	2.038.637.184	12	30.723.588
8621	1.677	1.473.316.758	432	209.759.833
8622	2.701	6.639.736.889	38	43.464.369
8623	1.362	254.964.954	568	57.714.952
8690	628	1.607.857.000	11	95.796.628
8710	6	3.116.759		

Notă: 4646 – Comerț cu ridicata al produselor farmaceutice.

În calculul cheltuielilor private se elimină TVA din venituri pentru medicamente

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

Ipoteze de lucru

În cadrul analizei, au fost identificate următoarele limitări ale datelor disponibile și au fost stabilite, prin consens în cadrul echipei de redactare, ipoteze de lucru și soluții de estimare (Tabelul 38).

Tabelul 38 –Limitări privind disponibilitatea datelor și ipoteze aplicate în calcul

Problema	Soluția aplicată
În rândul operatorilor economici contractați de casele de asigurări de sănătate, un număr de 1.083, cu codurile CAEN selectate, nu au fost identificați în nomenclatorul operatorilor economici pus la dispoziție de Ministerul Finanțelor, care conține informații cu privire atât la cifra de afaceri, cât și la tranzacțiile dintre operatorii economici	Operatorii economici respectivi au fost separați și au fost agregate, la nivel de cod CAEN, veniturile încasate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). Ulterior, în estimarea cheltuielilor private, aceștia au fost incluși în calcul, prin aplicarea unor coeficienți de multiplicare la veniturile încasate din FNUASS. Coeficienții au fost particularizați la nivel de cod CAEN, iar valorile lor au fost egale cu raportul dintre cheltuielile private estimate și veniturile de la FNUASS, determinat pentru categoria operatorilor economici identificați atât în nomenclator, cât și în baza de date a furnizorilor caselor de asigurări de sănătate. Această asumție a presupus că structura cheltuielilor private identificate pentru aceștia din urmă se aplică și celorlalți operatori economici, furnizori ai caselor de asigurări de sănătate, cu același cod CAEN.
Pentru aproximativ 10.000 de furnizori contractați de casele de asigurări de sănătate nu au putut fi asociate coduri CAEN. Aceștia nu au fost prezenți nici în nomenclatorul operatorilor economici pus la dispoziție de Ministerul Finanțelor, nici în alte asemenea instrumente. Marea majoritate a acestor furnizori contractați de casele de asigurări de sănătate sunt cabinete medicale individuale sau alte forme de organizare asemănătoare acestora.	Având în vedere că majoritatea furnizorilor fără cod CAEN asociabil, aproximativ 80%, activează în asistența medicală primară și în ambulatoriul clinic de specialitate, s-a presupus că veniturile lor provin exclusiv din încasările din FNUASS și că valoarea cheltuielilor private încasate de la pacienți este redusă sau neglijabilă.
Pentru microîntreprinderile incluse în nomenclatorul operatorilor economici nu au fost	Cifra de afaceri a microîntreprinderilor a fost estimată, la nivel de cod CAEN, prin aplicarea ritmului de creștere din 2025 față de 2024, calculat

Problema	Soluția aplicată
disponibile date actualizate privind cifra de afaceri în anul 2025.	pentru întreprinderile mici, mijlocii și mari cu codurile CAEN selectate și cu date disponibile în ambii ani. Astfel, cifra de afaceri pentru anul 2025 a putut fi estimată la nivel de CAEN pentru toți operatorii economici din nomenclator.
Un număr de aproximativ 35 de furnizori ai caselor de asigurări de sănătate au cod CAEN principal de distribuție a medicamentelor (4646), în loc de comerț cu amănuntul, așa cum ar fi de așteptat. Aceștia au primit plăți în valoare de 1,77 miliarde lei din FNUASS în anul 2025, dintre care 92% au fost aferente societăților Alliance Healthcare România (fost Farmexpert) și Dona Logistica, ambele operând lanțuri de farmacii proprii sau în parteneriat.	Având în vedere particularitățile celor două societăți identificate, precum și expunerea mare a FNUASS la acestea, acestea au fost incluse în categoria de operatori economici neidentificați în nomenclator, iar cheltuielile private aferente lor au fost estimate prin aplicarea metodei utilizate pentru operatorii neidentificați în nomenclator și a coeficientului aferent codului CAEN 4773.
Pentru operatorii economici cu codul 4773 „Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, în magazine specializate” nu sunt disponibile date cu privire la cifra de afaceri realizată din vânzarea medicamentelor și cea provenită din vânzarea altor produse și servicii, informații necesare pentru excluderea celei din urmă în algoritmul de calcul al cheltuielilor private.	Echipa de redactare a utilizat coeficientul de ajustare de 0,79, determinat în cadrul raportului „Transparența banilor în sistemul medical românesc 2023”⁴. Aplicarea sa pentru anul 2025 presupune menținerea ponderii medicamentelor în cifra de afaceri a farmaciilor la nivelul estimat pentru anul de referință anterior. Coeficientul de ajustare nu a fost aplicat și asupra tranzacțiilor dintre operatorii economici din nomenclator, deoarece s-a considerat că este puțin probabil ca produsele și serviciile non-medicamente vândute de farmacii să facă obiectul respectivelor tranzacții⁵.
Veniturile încasate de spitalele publice din prestări servicii către terți – alții decât casele de asigurări de sănătate și direcții de sănătate publică – s-au ridicat la 0,47 mld. lei. Distribuția acestor venituri pe surse	Pentru simplificarea calculului, echipa a presupus că veniturile încasate de spitalele publice din prestări servicii nu includ plăți private ale pacienților. Această ipoteză poate conduce la

⁴ Academia de Studii Economice, Transparența banilor în sistemul medical românesc 2023, București, 2025, disponibil la <https://www.applied-research.ase.ro/wp-content/uploads/2025/03/Transparența-banilor-din-sistemul-medical-romanesc.pdf>.

⁵ Acesta a fost considerată a abordare conservatoare, dar sigură, chiar dacă subestimează moderat cheltuielile private cu medicamentele.

Problema	Soluția aplicată
– servicii în regim privat pentru pacienți, coplăți de la pacienți, alți furnizori – nu este cunoscută. Nivelul foarte redus prevăzut de lege pentru coplățile pacienților și experiența membrilor echipei de analiză sugerează că cea mai mare parte a acestor venituri provine din servicii vândute altor furnizori (consultații, analize de laborator, investigații imagistice și anatomopatologice).	subestimarea plăților directe în măsura în care spitalele publice au încasat asemenea sume.
Sumele primite de operatorii economici din nomenclator din bugetul Ministerului Sănătății sunt necunoscute. Acestea pot viza plata serviciilor de vaccinare din „Programul național de imunizare” sau servicii de fertilizare în vitro. Marea majoritate a veniturilor pentru servicii de vaccinare sunt încasate de cabinete medicale individuale, pentru care nu sunt cunoscute cifrele de afaceri și pentru care cheltuielile private au fost deja presupuse ca fiind zero sau neglijabile. Restul sumelor au fost considerate reduse.	Pentru simplificarea calculului, echipa a considerat aceste sume egale cu zero. Prin urmare, în algoritm s-a presupus că furnizorii privați nu încasează venituri de la Ministerul Sănătății și entitățile subordonate. Dacă asemenea venituri există, ipoteza conduce la supraestimarea cheltuielilor private.
Pentru dispozitive medicale sunt în vigoare 2 cote de TVA, una de 0 % pentru dispozitive ortopedice și cota standard (21%) pentru celelalte produse. Din datele deținute lipsește dezagregarea cifrei de afaceri pe cele 2 categorii de produse.	Echipa de redactare a optat pentru o estimare conservatoare care presupune cotă de TVA de 0 % pentru toate dispozitivele medicale. Astfel cheltuielile private aferente acestora sunt subestimate moderat, deoarece nici sumele din FNUASS și nici tranzacțiile între operatori economici nu sunt diminuate cu cota TVA.
Nu au fost disponibile informații exacte cu privire la destinația pe servicii medicale a veniturilor din schemele de plăți facultative (servicii preplătite și asigurări voluntare de sănătate).	În România, schemele de plăți facultative nu sunt destinate medicamentelor, ci numai serviciilor medicale. În funcție de conținutul contractelor încheiate, echipa de redactare a stabilit că serviciile preplătite sunt alocate serviciilor medicale ambulatorii, iar indemnizațiile brute plătite în cadrul polițelor de asigurări voluntare de sănătate sunt alocate serviciilor spitalicești.

Sursa: Autorii studiului

Algoritmul de estimare

Estimarea cheltuielilor private în sistemul de sănătate pentru anul 2025 a fost realizată în două etape de calcul:

I. Pentru operatorii economici incluși în nomenclatorul pus la dispoziție de Ministerul Finanțelor, calculul a fost efectuat la nivel de cod CAEN:

cheltuieli private (estimate) I

$$= \left(\sum \text{cifra de afaceri furnizori privați} \times \text{coeficient de ajustare la farmacii} \right) \\ - \text{încasări de la casele de asigurări de sănătate I} \\ - \text{tranzacții între operatorii economici}$$

unde:

1. *Cifra de afaceri furnizori privați – valoarea estimată pentru aproximativ 33,9 mii de operatori economici; aceasta a totalizat 78,3 mld. lei în anul 2025 și nu a inclus TVA;*
2. *Coeficient de ajustare farmacii – 0,79 pentru operatorii economici cu cod CAEN „Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice în magazine specializate” și 1 pentru ceilalți furnizori;*
3. *Încasări de la casele de asigurări de sănătate I – sume decontate din FNUASS pentru servicii sau produse furnizate de operatorii economici din nomenclator, totalizând 30,5 mld. lei în anul 2025, cu TVA. Având în vedere că sumele aferente cifrei de afaceri nu sunt purtătoare de TVA, din sumele încasate de la FNUASS trebuie exclus TVA. Cota medie de TVA pentru medicamente în anul 2025 a fost de 9,8%⁶. TVA pentru servicii medicale a fost stabilit la 0%, potrivit reglementărilor în vigoare, iar pentru dispozitive medicale a fost presupus tot 0%;*
4. *Tranzacții între operatorii economici – valoarea facturilor emise în anul 2025 între furnizorii din nomenclator, raportată de Ministerul Finanțelor și estimată la 20 mld. lei, inclusiv TVA. Tranzacțiile au fost eliminate pentru a evita dubla înregistrare. Pentru operatorii economici cu cod CAEN 4773, la valoarea raportată s-a aplicat „Coeficientul de ajustare farmacii” de 0,79, pentru a diferenția tranzacțiile pentru medicamente de cele pentru alte produse. Mai departe, din suma tranzacțiilor estimate*

⁶ Respectiv 9% în perioada ianuarie-iulie și 11% în perioada august-decembrie.

pentru medicamente a fost exclus TVA, pentru care s-a utilizat o cota anuală medie de 9,8%.

II. Pentru operatorii economici neidentificați în nomenclator, dar raportați de casele de asigurări de sănătate drept furnizori, cărora le-au fost asociate coduri CAEN, calculul a fost efectuat la nivel de cod CAEN astfel:

$$\begin{aligned} & \text{cheltuieli private (estimate) II} = \\ & \frac{\text{cheltuieli private (estimate) I}}{\text{încasări de la casele de asigurări de sănătate I}} \\ & * \text{încasări de la casele de asigurări de sănătate II} \end{aligned}$$

unde:

Încasări de la casele de asigurări de sănătate II - sume decontate din FNUASS pentru servicii sau produse furnizate de operatorii economici neidentificați în nomenclator, dar raportați de casele de asigurări de sănătate drept furnizori, totalizând 2,3 mld. lei în anul 2025, inclusiv TVA, dintre care 1,77 mld. lei aferente medicamentelor compensate. În calculul cheltuielilor private, din sumele încasate de la FNUASS a fost exclus TVA mediu pentru medicamente în anul 2025, respectiv 9,8%⁷. TVA pentru servicii medicale a fost stabilit la 0%, potrivit reglementărilor în vigoare, iar pentru dispozitive medicale a fost presupus tot 0%.

Rezultate

Aplicarea metodologiei la datele existente în baza de date constituită pentru acest raport sugerează că valoarea cheltuielilor private cu servicii și produse de sănătate în anul 2025 a fost de 34,3 mld. lei. Acestea pot fi defalcate în funcție de codul CAEN al furnizorului (Tabelul 39).

⁷ Respectiv 9% în perioada ianuarie-iulie și 11% în perioada august-decembrie.

Tabelul 39 – Cheltuieli private estimate pentru anul 2025 pe coduri CAEN și categorii de operatori economici incluși în analiză

Cod CAEN	Denumire CAEN rev 2	Cheltuieli private estimate I (lei)	Cheltuieli private estimate II (lei)
4773	Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, în magazine specializate	12.859.292.551	1.249.645.534
4774	Comerț cu amănuntul al articolelor medicale și ortopedice, în magazine specializate	1.256.973.938	
8610	Activități de asistență spitalicească	2.369.163.255	35.704.831
8621	Activități de asistență medicală generală	1.163.709.087	165.680.206
8622	Activități de asistență medicală specializată	6.383.370.381	41.786.169
8623	Activități de asistență stomatologică	5.114.670.884	1.157.778.660
Alte activități referitoare la sănătatea umană		2.437.153.162	93.421.981
Total		31.584.333.257	2.744.017.381

Sursa: Ministerul Finanțelor, prelucrări ale echipei de redactare

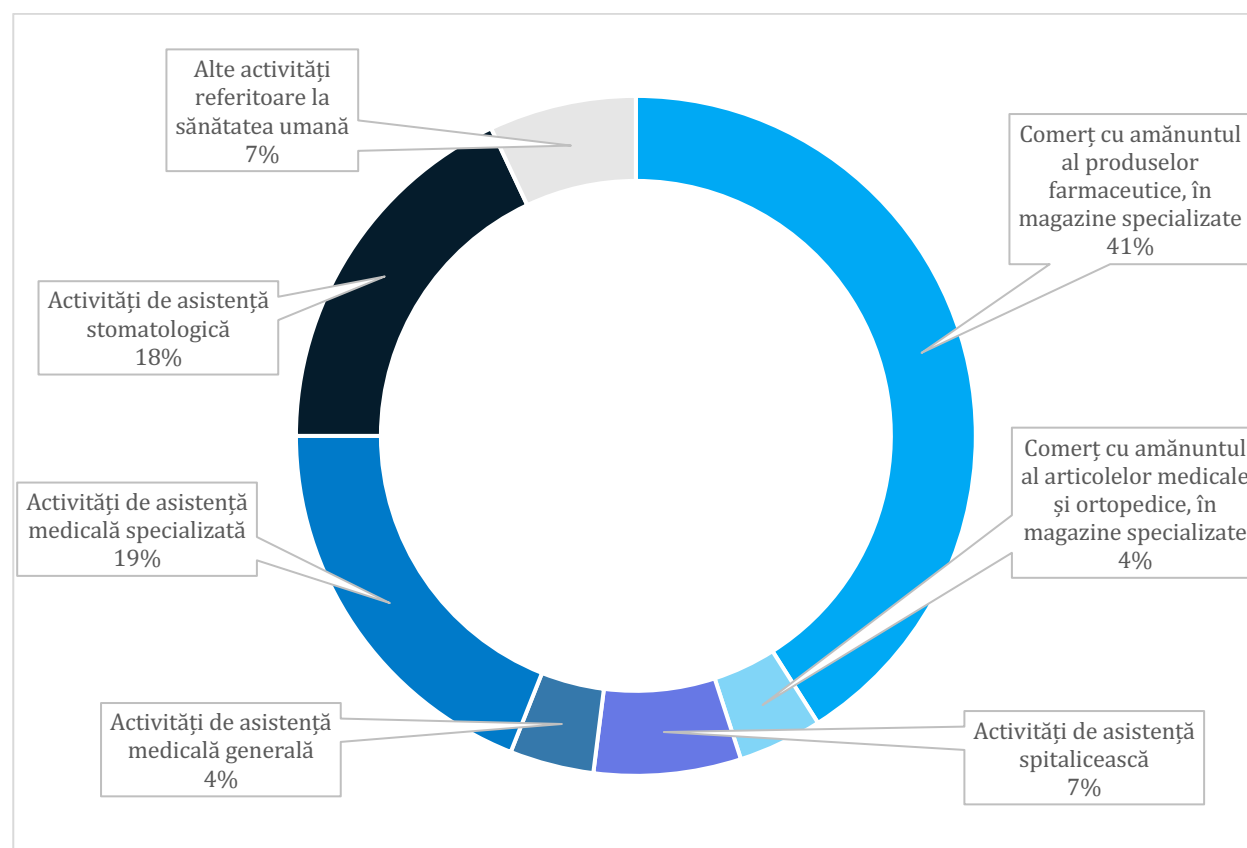


Figura 26 – Structura cheltuielilor private estimate pentru anul 2025 (% din total);

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor

Pentru a cuantifica valoarea plăților directe, din totalul cheltuielilor private estimate, au fost scăzute cele achitate din alte surse și au fost adăugate sumele achitate în plus de pacienți sub formă de TVA, astfel:

- A fost adăugată cota medie de TVA de 9,8% - aferentă anului 2025 - pentru cheltuieli cu medicamente din cadrul categoriei „Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale”⁸;
- Au fost scăzute sumele estimate pentru servicii medicale preplătite din categoria „Servicii medicale în ambulatoriu”;
- Au fost scăzute sumele estimate pentru indemnizații brute plătite aferente asigurărilor voluntare de sănătate din categorie „Servicii în unități sanitare publice”.

Tabelul 40 – Sinteza cheltuielilor private estimate pentru anul 2025

	Total (lei)	Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale (lei)	Servicii medicale în ambulatoriu (lei)	Servicii medicale în unități sanitare cu paturi (lei)	Altele (lei)
cheltuieli private (estimate)	34.328.350.637	15.365.912.022	14.026.995.386	2.404.868.086	2.530.575.143
ajustări+ TVA	1.381.777.405	1.381.777.405			0
ajustări- servicii preplătite (abonamente)	-1.439.055.000		-1.439.055.000		
ajustări- indemnizații brute plătite (AVS)	-633.000.000			-633.000.000	
plăți directe (estimate)	33.638.073.042	16.747.689.427	12.587.940.386	1.771.868.086	2.530.575.143

Sursa datelor: Ministerul Finanțelor (situații financiare, RO e-Factura), casele de asigurări de sănătate, ASF, PALMED; calcule proprii ale autorilor

⁸ Așa cum s-a stabilit în ipotezele de lucru, din cauza lipsei datelor privind dezagregarea cifrei de afaceri a operatorilor economici cu cod CAEN „Comerț cu amănuntul al articolelor medicale și ortopedice, în magazine specializate” pe categorii de produse supuse regimului TVA, nu au fost adăugate sume aferente TVA la cheltuielile directe cu respectivele bunuri medicale.

Astfel, estimarea plăților directe achitate de pacienți în anul 2025 se situează la aproximativ la 33,6 mld. lei. Aceasta desemnează sumele cheltuite direct de pacienți pentru servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în anul 2025 în România. În cadrul acestora, ponderea categoriei „*Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale*” este dominantă, acoperind jumătate din total.

Discuții

Spre deosebire de metodologia utilizată în studiul „Transparența banilor în sistemul medical românesc 2023”, datele disponibile pentru această iterație au permis consolidarea tranzacțiilor dintre operatorii economici furnizori de servicii de sănătate, medicamente și dispozitive medicale pe baza datelor raportate din sistemul național „RO e-factura”. Rezultatele obținute arată o pondere mai redusă a medicamentelor și dispozitivelor medicale în totalul plăților directe decât datele comunicate de Eurostat/ Institutul Național de Statistică⁹, rezultat influențat de valoarea mare a tranzacțiilor dintre farmacii și de asumțiile conservatoare adoptate în legătură cu TVA pentru dispozitive medicale. Având în vedere că datele privind tranzacțiile au fost disponibile la niveluri agregate pe coduri CAEN, acesta este cel mai detaliat nivel de estimare care poate fi obținut în prezent. Îmbunătățiri suplimentare pot fi obținute dacă (i) datele privind tranzacțiile dintre operatorii economici ar fi disponibile la nivel de cod unic de identificare și ar acoperi operatorii economici înregistrați cu alte coduri CAEN (de exemplu, cei implicați în comerțul cu ridicata al produselor farmaceutice – 4646) și (ii) dacă ar fi disponibile date cu privire la aplicarea diferitelor cote TVA pentru comerțul cu amănuntul ale produselor farmaceutice (cod CAEN 4773) și al dispozitivelor medicale (cod CAEN 4774), care să permită dezagregarea suplimentară pe categorii relevante de produse a calculelor privind cifrele de afaceri și tranzacțiile dintre operatori economici.

Un alt aspect care rămâne de clarificat este impactul cabinetelor medicale individuale asupra plăților directe. Echipa de proiect a obținut de la Ministerul Finanțelor informații cu privire la veniturile totale ale persoanelor fizice autorizate (P.F.A.) agregate pe codurile CAEN selectate pentru studiu. Imposibilitatea asocierii codurilor CAEN pentru circa 10.000 de furnizori ai caselor de asigurări de sănătate și indisponibilitatea listei PFA incluse în totalurile furnizate de Ministerul Finanțelor fac imposibilă corelarea celor două seturi de date și generează o incertitudine ridicată asupra estimărilor pentru acest segment. Totodată, informațiile privind

⁹ Potrivit estimărilor Eurostat, ponderea medicamentelor și dispozitivelor medicale în totalul plăților directe reprezenta, în anul 2024, 62% din total (Eurostat, Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes, https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HCHF, accesat în august 2026).

tranzacțiile dintre operatorii economici în anul 2025 nu includ și persoanele fizice autorizate. Eliminarea acestor limitări este o condiție necesară pentru estimarea cheltuielilor private aferente acestui segment de furnizori de servicii de sănătate. Excluderea veniturilor private ale PFA și CMI poate conduce la subestimarea cheltuielilor private și a plăților directe; rezultatul agregat trebuie interpretat ținând seama de acest risc.

8. Alte scheme de finanțare

În România există și scheme de finanțare a instituțiilor fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor populației. Aceste instituții includ organizații nonguvernamentale (ONG), asociații și fundații care oferă servicii medicale sau sprijină financiar accesul populației la astfel de servicii.

Informațiile analizate au arătat că datele disponibile despre sumele asigurate prin aceste scheme sunt fragmentate și limitate, ceea ce face dificilă o evaluare integrală a impactului pe care îl au asupra sistemului de sănătate.

Datele publice indică un număr relativ important de fundații și asociații cu activitate în domeniul sănătății.

Pe *website-ul* Camerei Deputaților este publicată o listă cu ONG-uri înregistrate pe domenii de activitate, un număr de 63 de entități fiind în domeniul sănătății (https://www.cdep.ro/informatii_publice/ong2015.pe_dom).

De asemenea, o serie de asociații și fundații au în derulare contracte cu CNSAS și primesc finanțare pe această bază.

Prin analiza datelor economico-financiare ale celor mai relevante dintre aceste organizații a rezultat că, în anul 2025, veniturile din activitățile fără scop patrimonial au însumat 196,8 milioane lei, acestea fiind asimilate unor surse de finanțare ale sistemului de sănătate din România.

Tabelul 41. Venituri ale fundațiilor reprezentative în domeniul sănătății (valori în RON)

	Asociație/Fundație	2021	2022	2023	2024	2025
1	Hospice Casa Speranței	25.897.412	34.095.347	78.685.223	68.036.522	57.993.460
2	Fundația Dăruiește Viață	42.935.600	37.324.496	52.186.412	310.872.700	62.237.451
3	ASOCIAȚIA HELP AUTISM	22.738.381	25.180.947	26.536.017	34.321.875	36.620.887
4	Fundația de sprijin comunitar	7.345.101	9.928.906	13.489.235	12.527.100	13.447.698
5	Fundația Episcop Melchisedec	1.254.172	2.124.076	8.724.019	6.156.394	6.081.309
6	Fundația PENTRU SMURD	17.297.951	7.405.759	8.715.638	8.122.955	5.591.639
7	ASOCIAȚIA M.A.M.E.	2.762.859	3.959.977	4.322.905	4.560.878	4.939.250
8	Fundația „Hospice Emanuel”	2.367.817	3.051.932	4.357.578	4.379.033	4.126.679
9	Fundația Crucea Alb Galbenă	4.614.117	4.018.361	3.361.470	3.164.263	3.320.617
10	Fundația Renașterea	1.331.320	2.873.071	2.911.533	2.737.275	2.438.572
	TOTAL	128.544.730	129.962.872	203.290.030	454.878.995	196.797.562

Notă: Fundația Dăruiește Viață realizează în special cheltuieli de capital, iar ajustarea a avut în vedere că veniturile acestei fundații nu finanțează cheltuieli de sănătate ale perioadei.

Sursa: date <https://mfinante.gov.ro/ro/web/site> și prelucrări proprii.

Din datele analizate, o finanțare relativ importantă a sistemului de sănătate este asigurată și de Biserica Ortodoxă Română (BOR), care s-a angajat în numeroase acțiuni sociale și filantropice. Conform raportului pentru anul 2023 prezentat de Patriarhul Daniel în fața Consiliului Național Bisericesc (Patriarhia Română, 2024), bugetul de 60.512.474,97 euro (aproximativ 299.324.957,43 lei) a fost folosit în diverse inițiative și proiecte destinate comunităților vulnerabile.

Nu sunt disponibile date privind suma utilizată pentru proiecte de sănătate, dar există informații referitor la faptul că, în anul 2023, în structura BOR erau operaționale 54 de centre rezidențiale vârstnici, 4 centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități, 46 de servicii de îngrijire la domiciliu, 23 de instituții ce oferă servicii medicale și de recuperare și 13 servicii de îngrijiri sociomedicale la domiciliu.

De notat faptul că există un protocol de cooperare în domeniul sănătății dintre PATRIARHIA ROMÂNĂ și CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE pentru susținerea persoanelor care necesită servicii de prevenție, diagnostic, tratament, evaluare, monitorizare și supraveghere a afecțiunilor oncologice.

De asemenea, trebuie precizat că unitățile de cult, în acord cu un act legislativ al Ministerului Sănătății, pot înființa instituții spitalicești (conform Ordinului de ministru 3473/2023).

Din cele 884 de servicii sociale și medicale ale Bisericii Ortodoxe Române, 90 dintre acestea sunt destinate bolnavilor, fiind îngrijiți constant un număr de 39.439 de pacienți.

Nu există suficiente date disponibile pentru a identifica toate asociațiile și fundațiile care realizează servicii medicale sau medico-sociale către populație. În plus, din cifrele de afaceri ale acestor entități, nu putem extrage cu exactitate ponderea cheltuielilor curente cu sănătatea. Un exemplu elocvent este Fundația „Dăruiește Viață”, care, deși a avut o cifră de afaceri de 62.237.451 lei în 2025, desfășoară în principal cheltuieli de capital, cum ar fi construirea spitalului de oncologie pentru copii și investițiile în infrastructură și dotări. Aceste cheltuieli nu intră în calculul Total Health Expenditure (Cheltuieli Totale cu Sănătatea).

Pe de altă parte, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) decontează anumite servicii acestor entități, iar sumele încasate ar trebui consolidate. De exemplu, în 2025, 56 de entități cu denumirea „Fundația...” au încasat de la CNAS suma de 57.549.319 lei. Cu toate acestea, este foarte probabil ca și alte entități, care nu au fost identificate, să fi încasat sume similare în baza contractelor cu CNAS.

Având în vedere aceste considerente, este imposibil în acest moment să realizăm un calcul corect al cheltuielilor curente cu sănătatea, desfășurate exclusiv din veniturile proprii ale fundațiilor și asociațiilor.

În acest context, pentru calculul nostru, vom utiliza datele furnizate de Institutul Național de Statistică (INS) prin Sistemul Conturilor de Sănătate pentru anul 2023, urmând să realizăm o estimare pentru 2024 și 2025, pe baza istoricului de creștere a acestor cheltuieli.

În prima ediție a raportului Transparența banilor din sistemul medical românesc, am estimat cheltuielile curente ale asociațiilor și fundațiilor pornind de la datele disponibile în Sistemul Conturilor de Sănătate (System of Health Accounts – SHA) elaborat de INS pentru anul 2021, asupra căreia am aplicat o rată anuală de creștere de 20%, rezultând o estimare de 189,36 milioane lei pentru anul 2023. Publicarea edițiilor ulterioare ale SHA a arătat însă că această ipoteză a fost prea optimistă, cheltuielile curente înregistrând o scădere de 5% în 2022, urmată de o creștere de 5,8% în 2023, ceea ce a condus la o valoare raportată de INS de 131,7 milioane lei. În consecință, în prezenta ediție adoptăm o abordare semnificativ mai prudentă, utilizând pentru estimări o rată medie anuală de creștere de 5,8%. Pe această bază, cheltuielile curente ale asociațiilor și fundațiilor pentru anul 2024 sunt estimate la 139,3 milioane lei, respectiv la 147,4 milioane lei pentru anul 2025.

9. Cheltuieli totale cu sănătatea

În acest capitol, vom prezenta o sinteză a cheltuielilor totale cu sănătatea din România pentru anul 2025, centralizând informațiile detaliate analizate în cele opt capitole anterioare. În fiecare capitol am analizat principalele surse de finanțare ale sistemului de sănătate, respectiv contribuțiile provenite din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), bugetul de stat gestionat de Ministerul Sănătății și alte ministere, bugetele unităților administrativ-teritoriale (u.a.t.), asigurările private, abonamentele de sănătate, cheltuielile out-of-pocket (OOP) și alte scheme. Această analiză demonstrează că niciuna dintre sursele de finanțare analizate individual în capitolele anterioare nu oferă o imagine completă asupra finanțării sănătății. Doar consolidarea tuturor schemelor de finanțare permite evaluarea reală a efortului financiar al societății românești pentru sănătate.

Tabelul 42. Sinteza cheltuielilor cu sănătatea în 2025 conform capitolelor 1-8

	Schemă de finanțare	Cheltuieli	%
1	FNUASS, din care:	77.873.440.000	60,85%
	<i>a) venituri din CASS</i>	<i>65.461.609.000</i>	<i>51,15%</i>
	<i>b) subvenții de la buget</i>	<i>6.398.557.000</i>	<i>5,00%</i>
	<i>c) taxa clawback</i>	<i>5.997.714.000</i>	<i>4,69%</i>
2	Bugetul de stat MS	12.449.346.855	9,73%
3	Bugetul de stat – alte ministere	1.162.735.744	0,91%
4	Bugetele u.a.t.	636.282.152	0,50%
5	Asigurări private	633.000.000	0,49%
6	Abonamente de sănătate	1.439.055.000	1,12%
7	OOP	33.638.073.042	26,28%
8	Alte scheme	147.400.000	0,12%
	TOTAL	127.979.332.794	100,00%

Sursa: date consolidate de autori

Analiza datelor consolidate evidențiază o creștere semnificativă a cheltuielilor curente totale cu sănătatea în perioada 2023–2025. Valoarea acestora a crescut de la 99,2 miliarde RON în 2023 la **128 miliarde RON** în 2025, ceea ce reprezintă o majorare de 28,8 miliarde RON (+29%). Exprimată în euro, cheltuiala totală cu sănătatea a crescut de la aproximativ 20,0 miliarde euro la **25,2 miliarde euro**, confirmând tendința de creștere a resurselor financiare alocate sistemului de sănătate.

Creșterea este determinată în principal de majorarea veniturilor administrate prin **Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)**, care au crescut de la **56,0 miliarde RON** la **77,9 miliarde RON** (+21,9 miliarde RON; +39,1%). În cadrul FNUASS, cea mai importantă evoluție o reprezintă veniturile din **contribuția de asigurări sociale de sănătate (CASS)**, care au crescut de la **42,1 miliarde RON** la **65,5 miliarde RON** (+55,4%). Ca urmare, ponderea CASS în finanțarea întregului sistem de sănătate a crescut de la **42,5%** în 2023 la **51,2%** în 2025, ceea ce reprezintă una dintre cele mai importante modificări structurale față de ediția precedentă a raportului.

În schimb, **subvențiile de la bugetul de stat către FNUASS** au scăzut de la **8,94 miliarde RON** în 2023 la **6,40 miliarde RON** în 2025 (-28,4%), iar ponderea lor în totalul cheltuielilor cu sănătatea s-a redus de la **9,0%** la **5,0%**. Această evoluție indică o diminuare a dependenței FNUASS de transferurile de echilibrare și o finanțare într-o măsură mai mare prin contribuții proprii.

Taxa **clawback** a continuat să crească, de la **4,49 miliarde RON** la **6,00 miliarde RON** (+33,7%), ajungând să reprezinte **4,69%** din totalul cheltuielilor cu sănătatea.

Bugetul Ministerului Sănătății a înregistrat o creștere moderată, de la **10,46 miliarde RON** la **12,45 miliarde RON** (+19,0%), însă ponderea sa în totalul finanțării s-a redus ușor, de la **10,5%** la **9,73%**, ca urmare a ritmului superior de creștere a cheltuielilor totale cu sănătatea. În schimb, bugetele celorlalte ministere cu rețea sanitară proprie au crescut cu **42,2%**, de la **818 milioane RON** la **1,16 miliarde RON**, reprezentând **0,91%** din totalul cheltuielilor.

Plățile directe din buzunarul pacienților (Out-of-pocket – OOP) au fost recalulate în cadrul prezentei ediții a raportului pe baza unor date suplimentare disponibile. Astfel, valoarea estimată pentru anul 2025 este de **33,64 miliarde RON**, comparativ cu **29,66 miliarde RON** în 2023, ceea ce reprezintă o creștere de aproximativ **13,4%**. Ca urmare, ponderea OOP în

cheltuiala totală cu sănătatea este estimată la **26,28%**, nivel inferior celui din 2023 (**29,9%**), ceea ce indică faptul că, în pofida creșterii în valoare absolută, finanțarea publică a avut un ritm de creștere mai accelerat decât cheltuielile suportate direct de populație. Această evoluție reprezintă un semnal favorabil, însă nivelul plăților directe rămâne ridicat și continuă să situeze România printre statele europene cu o povară financiară importantă asupra pacienților.

În același timp, mecanismele voluntare de finanțare continuă să aibă o pondere redusă, deși în creștere. Valoarea **abonamentelor de sănătate** a crescut de la **965 milioane RON** la **1,44 miliarde RON (+49,1%)**, iar **asigurările private de sănătate** au ajuns la **633 milioane RON**, față de **458 milioane RON** în 2023 (**+38,2%**). Cu toate acestea, împreună ele reprezintă doar **1,61%** din totalul cheltuielilor cu sănătatea, ceea ce arată că finanțarea voluntară rămâne insuficient dezvoltată în România.

Ponderea principalelor scheme de finanțare a cheltuielilor curente cu sănătatea este prezentată în Figura 27, aceasta evidențiind contribuția fiecărei surse la finanțarea sistemului de sănătate din România în anul 2025.

Principala schemă de finanțare este reprezentată de **Contribuția de Asigurări Sociale de Sănătate (CASS)**, care acoperă **51,16%** din totalul cheltuielilor curente cu sănătatea. Comparativ cu anul 2023, ponderea acesteia a crescut semnificativ, ca urmare a majorării veniturilor FNUASS din contribuții și a reducerii relative a celorlalte surse de finanțare. Această evoluție contrazice percepția frecvent întâlnită în spațiul public potrivit căreia veniturile colectate din CASS ar depăși necesarul sistemului sau ar fi utilizate în alte scopuri decât sănătatea. În realitate, contribuțiile obligatorii finanțează doar aproximativ jumătate din cheltuielile curente cu sănătatea. Mai mult, potențialul de finanțare al acestei surse este încă incomplet valorificat. După cum am arătat în capitolul dedicat FNUASS, aplicarea plafonului de **3.000 RON** pentru contribuția datorată pensionarilor conduce la neîncasarea anuală a aproximativ **13 miliarde RON**, resurse care ar putea contribui semnificativ la reducerea subfinanțării sistemului.

A doua cea mai importantă schemă de finanțare este reprezentată de **plățile directe din buzunarul pacienților (out-of-pocket – OOP)**, estimate la **26,29%** din totalul cheltuielilor cu sănătatea. Valoarea acestora a fost recalculată în cadrul prezentei ediții a raportului, pe baza unor date suplimentare disponibile, rezultând o estimare de **33,64 miliarde RON** pentru anul 2025. Deși această valoare este mai mare decât estimarea utilizată anterior, ponderea OOP

rămâne inferioară celei din anul 2023 (**29,9%**), ceea ce arată că ritmul de creștere al finanțării publice a depășit ritmul de creștere al cheltuielilor suportate direct de populație. Evoluția este favorabilă, însă nivelul plăților directe rămâne ridicat, ceea ce înseamnă că peste un sfert din cheltuielile cu sănătatea continuă să fie suportate direct de pacienți.

Bugetul de stat reprezintă cea de-a treia sursă de finanțare, cu o pondere de **15,64%** din totalul cheltuielilor curente cu sănătatea, respectiv aproximativ **20,0 miliarde RON**. Această categorie include bugetul Ministerului Sănătății, bugetele ministerelor cu rețea sanitară proprie și subvențiile acordate FNUASS. Comparativ cu anul 2023, ponderea acestei surse s-a redus, în principal ca urmare a diminuării subvențiilor de echilibrare acordate FNUASS. După cum am arătat în capitolul dedicat finanțării Fondului, aceste subvenții sunt esențiale pentru acoperirea deficitului de finanțare, însă caracterul lor anual și lipsa unui mecanism predictibil de alocare limitează capacitatea CNAS de a realiza o planificare bugetară multianuală și de a corela finanțarea cu obiectivele strategice ale sistemului de sănătate. În același timp, bugetul Ministerului Sănătății a înregistrat doar o creștere moderată, insuficientă pentru a modifica semnificativ ponderea acestei surse în ansamblul finanțării.

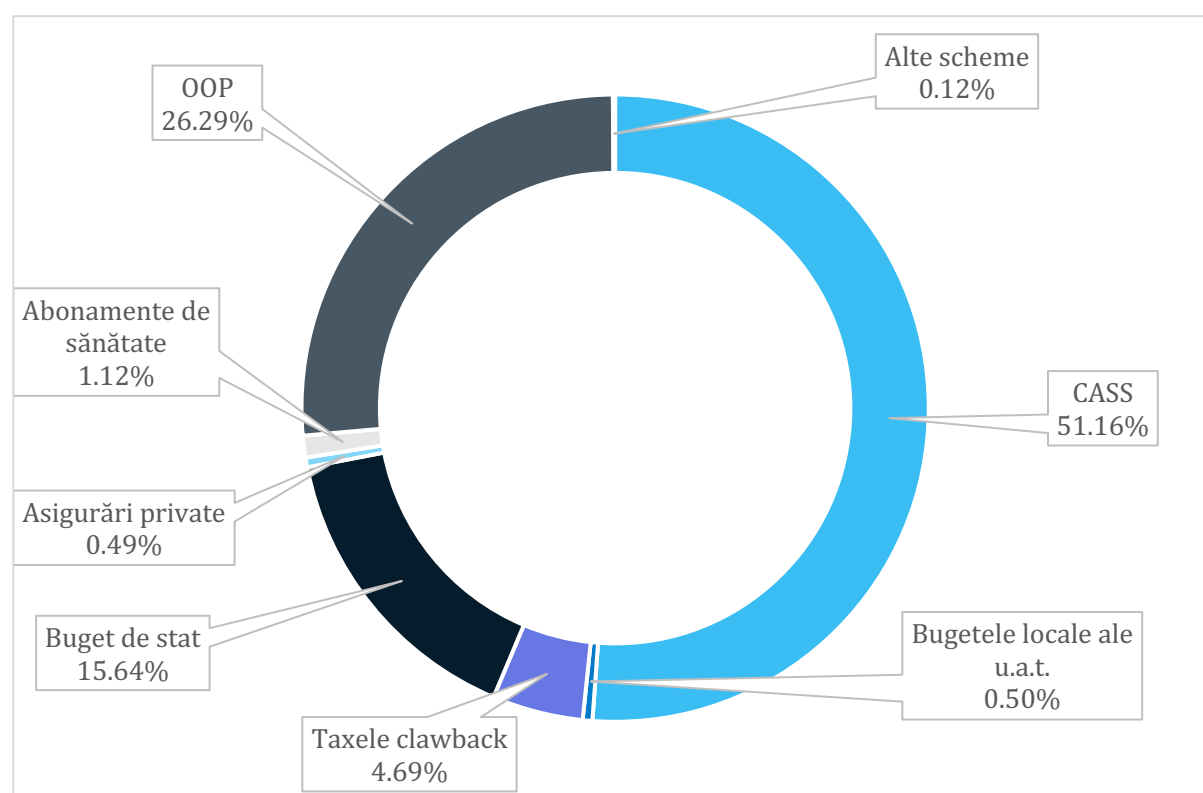


Figura 27. Ponderea principalelor scheme de finanțare în cheltuiala totală cu sănătatea în 2025; Sursa datelor: date consolidate de autori

Per ansamblu, structura schemelor de finanțare din anul 2025 evidențiază consolidarea rolului finanțării prin contribuții sociale, concomitent cu reducerea dependenței FNUASS de subvențiile de echilibrare. În același timp, deși ponderea plăților directe suportate de populație s-a redus comparativ cu anul 2023, acestea continuă să reprezinte **peste un sfert din totalul cheltuielilor cu sănătatea**, menținând România printre statele europene în care povara financiară suportată direct de pacienți rămâne ridicată și constituie una dintre principalele vulnerabilități ale sistemului de sănătate.

Contrar percepției frecvent întâlnite potrivit căreia sistemul de sănătate din România este finanțat aproape exclusiv din fonduri publice, analiza cheltuielilor curente totale evidențiază o contribuție substanțială a finanțării private. După cum se observă în *Figura 28*, în anul 2025 cheltuiala publică cu sănătatea însumează **92,1 miliarde RON**, reprezentând **71,98%** din totalul cheltuielilor curente, în timp ce cheltuiala privată atinge **35,86 miliarde RON**, respectiv **28,02%** din total.

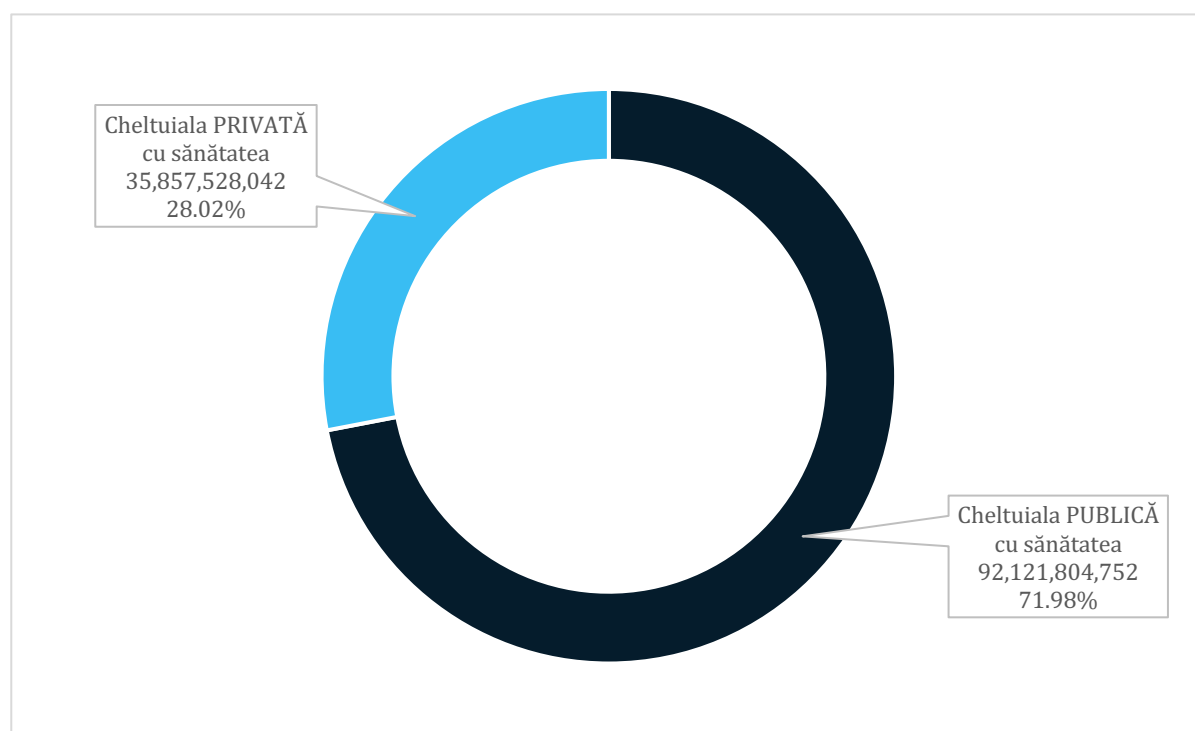


Figura 28. Ponderea cheltuielilor publice vs private în totalul cheltuielilor cu sănătatea;

Sursa datelor: date consolidate de autori

Comparativ cu anul 2023, ponderea cheltuielilor publice a crescut moderat, de la aproximativ **70%** la aproape **72%**, în timp ce finanțarea privată s-a redus corespunzător, însă continuă să reprezinte mai mult de un sfert din totalul resurselor alocate sănătății. Această evoluție reflectă

creșterea accelerată a veniturilor FNUASS și consolidarea finanțării publice, fără ca aceasta să elimine dependența sistemului de resursele private.

Trebuie subliniat însă că **aproape 36 de miliarde RON**, respectiv **28% din toate cheltuielile cu sănătatea**, provin în continuare din surse private. Cea mai mare parte a acestei sume este reprezentată de plățile directe efectuate de pacienți (*out-of-pocket*), completate de abonamentele și asigurările private de sănătate. Acest nivel ridicat al finanțării private rămâne unul dintre principalele semnale ale subfinanțării sistemului public și reflectă transferarea unei părți importante a costurilor către populație.

Chiar și în urma creșterii fără precedent a veniturilor FNUASS din perioada 2023–2025, România continuă să finanțeze aproape o treime din cheltuielile cu sănătatea din surse private, un nivel considerabil peste media Uniunii Europene și care evidențiază necesitatea continuării consolidării finanțării publice, în special pentru reducerea plăților directe suportate de pacienți.

O analiză mai detaliată a structurii cheltuielilor private arată că acestea sunt dominate covârșitor de plățile directe efectuate de populație. Din totalul **35,86 miliarde RON** reprezentând cheltuieli private cu sănătatea în anul 2025, **33,64 miliarde RON (93,8%)** provin din plăți directe din buzunarul pacienților (*out-of-pocket*), în timp ce doar **1,44 miliarde RON (4,0%)** reprezintă abonamente de sănătate și **633 milioane RON (1,8%)** provin din asigurări private de sănătate. Rezultă că mecanismele voluntare de preplată (asigurări și abonamente) rămân slab dezvoltate în România, iar finanțarea privată continuă să fie susținută aproape exclusiv prin plata directă a serviciilor și medicamentelor de către pacienți. Această structură reduce protecția financiară a populației și crește riscul ca accesul la servicii medicale să fie influențat de posibilitățile materiale ale fiecărui pacient.

Tabelul 43 și Figura 29 prezintă structura cheltuielilor curente cu sănătatea în funcție de principalele categorii de servicii medicale, indiferent de sursa de finanțare. Această abordare permite evidențierea modului în care resursele totale ale sistemului sunt distribuite între medicamente, servicii ambulatorii, servicii spitalicești și alte categorii de cheltuieli.

Tabelul 43. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale

	Categorie servicii medicale			
Schemă de finanțare	Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	Servicii medicale în ambulatoriu*	Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	Altele
FNUAAS	27.109.368.000	14.607.179.000	34.728.738.000	1.428.155.000
MS	327.152.888	3.306.378.807	7.275.661.488	1.540.153.672
Alte ministere			943.898.159	218.837.585
Bugete locale		217.233.921	419.048.232	
Asigurări private			633.000.000	
Abonamente		1.439.055.000		
OOP	16.747.689.427	12.587.940.386	1.771.868.086	2.530.575.143
Alte scheme				147.400.000
TOTAL	44.184.210.315	32.157.787.114	45.772.213.964	5.865.121.400

Sursa: date consolidate de autori

*include asistența medicală comunitară, asistența medicală școlară, medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul paraclinic, serviciile de dializă, asistența stomatologică și serviciile de ambulanță.

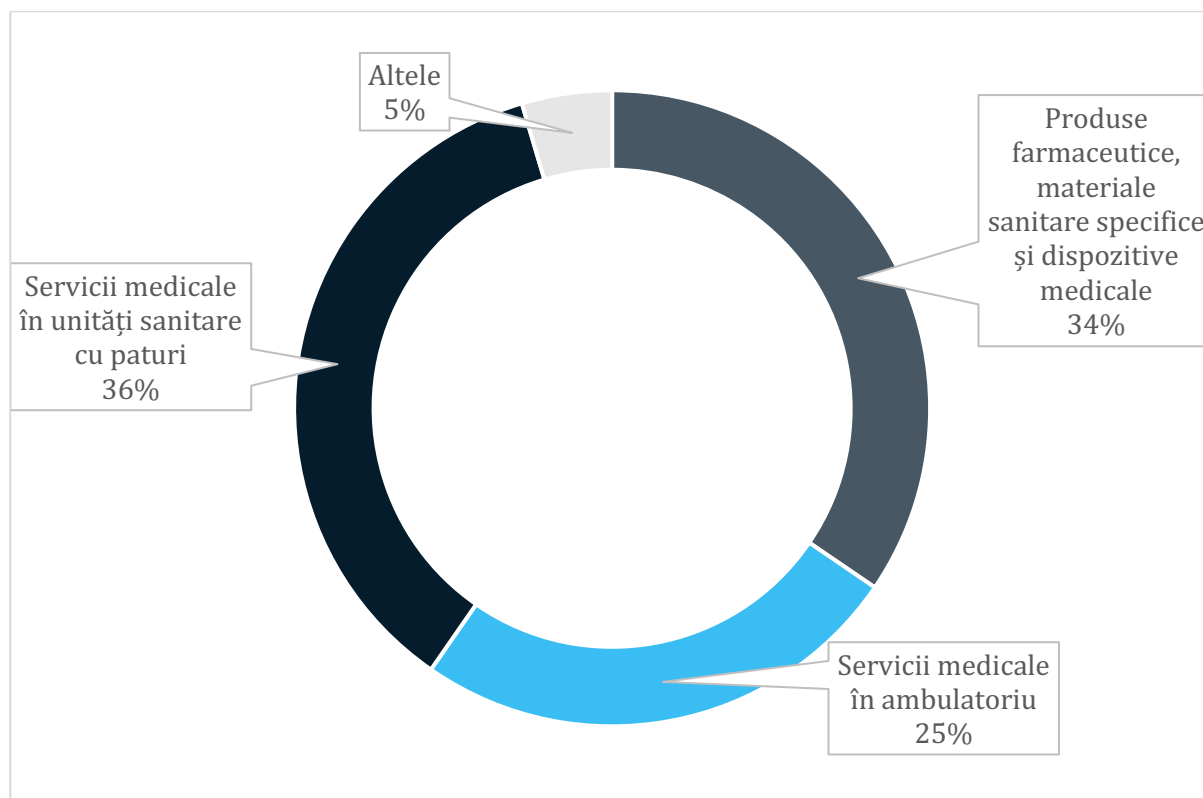


Figura 29. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale
(date consolidate de autori)

În anul 2025, **serviciile medicale furnizate în unități sanitare cu paturi** reprezintă cea mai importantă categorie de cheltuieli, însumând **45,8 miliarde RON**, ceea ce corespunde unei ponderi de aproximativ **36%** din totalul cheltuielilor curente cu sănătatea. Comparativ cu anul 2023, ponderea acestora a crescut ușor, reflectând majorarea finanțării serviciilor spitalicești, precum și extinderea unor servicii noi, în special în cadrul **Planului Național de Prevenire și Combatere a Cancerului**.

Produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale reprezintă a doua categorie ca importanță, cu o valoare de **44,2 miliarde RON**, respectiv aproximativ **34%** din totalul cheltuielilor. Chiar dacă această categorie continuă să concentreze o parte importantă a resurselor sistemului, ponderea sa este ușor mai redusă decât în anul 2023, ca urmare a ritmului mai accelerat de creștere a serviciilor medicale.

Serviciile medicale în ambulatoriu însumează **32,2 miliarde RON**, reprezentând aproximativ **25%** din totalul cheltuielilor cu sănătatea. Față de anul 2023, această categorie își menține o pondere relativ constantă, evoluția fiind susținută de creșterea finanțării medicinei

de familie, ambulatoriului de specialitate, investigațiilor paraclinice, serviciilor de dializă și a serviciilor introduse prin Planul Național de Prevenire și Combatere a Cancerului.

Categoria „**Altele**”, care include cheltuieli ce nu pot fi încadrate în cele trei mari categorii de servicii medicale, totalizează **5,7 miliarde RON**, reprezentând aproximativ **5%** din cheltuielile curente cu sănătatea, nivel similar celui înregistrat în ediția precedentă a raportului.

Per ansamblu, structura cheltuielilor evidențiază faptul că sistemul de sănătate din România rămâne orientat predominant către tratamentul bolii. **Serviciile spitalicești și produsele farmaceutice concentrează împreună aproximativ 70% din toate resursele financiare alocate sănătății**, în timp ce serviciile ambulatorii reprezintă doar un sfert din totalul cheltuielilor. Deși în ultimii ani au fost realizate investiții importante în dezvoltarea serviciilor furnizate în afara spitalului, structura actuală arată că accentul continuă să fie pus în principal pe diagnosticul și tratamentul bolilor deja instalate. Consolidarea serviciilor ambulatorii, a asistenței comunitare și a activităților de prevenție rămâne una dintre principalele direcții necesare pentru creșterea eficienței și sustenabilității sistemului de sănătate din România.

Pentru estimarea cheltuielilor orientate către **furnizorii privați** au fost incluse integral categoriile care se realizează exclusiv sau aproape exclusiv prin intermediul acestora, respectiv abonamentele de sănătate (1,439 miliarde RON), asigurările private de sănătate (633 milioane RON), plățile directe din buzunarul pacienților (33,638 miliarde RON) și cheltuielile organizațiilor neguvernamentale (147 milioane RON). La acestea s-a adăugat partea din cheltuielile FNUASS care este decontată furnizorilor privați (48,5%, respectiv 37,769 miliarde RON).

În aceste condiții, rezultă că în anul 2025 **furnizorii privați** au beneficiat de finanțări totale estimate la **73,63 miliarde RON**, reprezentând **57,52% din cheltuiala totală cu sănătatea**. Prin diferență, furnizorii publici au beneficiat de aproximativ **54,35 miliarde RON**, respectiv **42,48%** din total.

Aceste rezultate nu înseamnă că sistemul public este finanțat într-o măsură mai redusă, ci reflectă faptul că o parte foarte importantă a cheltuielilor totale cu sănătatea este realizată în afara sistemului public, prin farmacii comunitare, furnizori privați de servicii medicale, laboratoare, clinici, spitale private și alte entități private. În același timp, ele confirmă că sectorul privat reprezintă un actor major în furnizarea serviciilor de sănătate și în utilizarea

resurselor financiare ale sistemului, atât prin fonduri publice (FNUASS), cât și prin finanțare privată provenită din plăți directe, abonamente și asigurări voluntare.

Un aspect important este că această analiză urmărește beneficiarul final al finanțării și nu sursa fondurilor. Astfel, chiar și o parte semnificativă din resursele publice administrate de FNUASS ajung la furnizorii privați, ceea ce evidențiază caracterul mixt al sistemului de sănătate românesc și interdependența dintre sectorul public și cel privat în furnizarea serviciilor medicale.

În final, pe baza datelor consolidate prezentate anterior, au fost calculați o serie de indicatori sintetici privind finanțarea sistemului de sănătate din România, prezentați în *Tabelul 44*.

Tabelul 44. Indicatori privind finanțarea sănătății în România

Cheltuieli ale Bugetului General Consolidat (RON)	808.730.000.000
PIB (RON)	1.916.404.900.000
Populație România (locuitori)	19.036.031
Cheltuielile curente cu sănătatea – Total Health Expenditure (RON)	127.979.332.794
Cheltuiala PUBLICĂ cu sănătatea	92.121.804.752
Cheltuiala PRIVATĂ cu sănătatea	35.857.528.042
Cheltuielile curente totale cu sănătatea raportate la PIB	6,68%
Cheltuielile curente totale cu sănătatea pe cap de locuitor (Euro)	1.319
Cheltuielile publice cu sănătatea raportate la PIB	4,81%
Cheltuielile publice cu sănătatea raportate la Bugetul General Consolidat	11,39%

Sursa datelor: INSSE, date consolidate de autori

Astfel, în anul 2025, **cheltuielile curente totale cu sănătatea au reprezentat 6,68% din PIB**, iar cheltuiala totală cu sănătatea pe cap de locuitor a ajuns la **1.319 euro**. Totodată, **cheltuielile**

publice cu sănătatea reprezintă 4,81% din PIB și 11,39% din Bugetul General Consolidat, ilustrând efortul financiar al statului pentru susținerea sistemului sanitar.

Comparativ cu anul 2023, toți indicatorii sintetici ai finanțării sănătății au înregistrat o evoluție favorabilă. Ponderea cheltuielilor totale în PIB a crescut, iar cheltuiala pe cap de locuitor a depășit pentru prima dată pragul de **1.300 euro**, evoluție determinată în principal de creșterea veniturilor FNUASS și de majorarea finanțării publice. Cu toate acestea, România continuă să se situeze semnificativ sub media Uniunii Europene atât în ceea ce privește cheltuiala totală pe cap de locuitor, cât și ponderea cheltuielilor publice în PIB, ceea ce evidențiază că, în pofida progreselor din ultimii ani, subfinanțarea sistemului de sănătate rămâne una dintre principalele provocări structurale.

Acești indicatori permit realizarea unor comparații internaționale și oferă o imagine sintetică asupra nivelului de finanțare a sistemului de sănătate. Totuși, interpretarea lor trebuie realizată în contextul particular al fiecărei țări, fiind influențați atât de nivelul dezvoltării economice, cât și de structura sistemului de sănătate, mecanismele de finanțare și gradul de implicare a sectorului privat.

Raportarea cheltuielilor cu sănătatea la PIB reflectă importanța pe care o societate o acordă acestui domeniu, dar și nivelul costurilor asociate furnizării serviciilor medicale. În România, ultimii ani au fost caracterizați de o preocupare tot mai mare pentru consolidarea sistemului sanitar, concretizată prin adoptarea unor documente strategice majore, precum **Strategia Națională de Sănătate 2023–2030, Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2023–2030** și reformele asumate prin **Planul Național de Redresare și Reziliență**. În același timp, presiunile generate de îmbătrânirea populației, creșterea prevalenței bolilor cronice, dezvoltarea tehnologiilor medicale și majorarea costurilor cu resursele umane vor continua să determine o creștere a necesarului de finanțare în anii următori. Din această perspectivă, consolidarea unei finanțări publice predictibile și sustenabile reprezintă una dintre condițiile esențiale pentru apropierea României de nivelul de performanță și accesibilitate al sistemelor de sănătate din celelalte state membre ale Uniunii Europene.

Analiza consolidată realizată în cadrul acestui capitol evidențiază faptul că sistemul de sănătate din România a intrat într-o nouă etapă de dezvoltare, caracterizată printr-o creștere accelerată a resurselor financiare, dar și prin schimbări structurale importante ale mecanismelor de finanțare. Comparativ cu anul 2023, finanțarea prin contribuții sociale a devenit sursa

dominantă a sistemului, în timp ce dependența FNUASS de subvențiile de echilibrare s-a redus. Cu toate acestea, nivelul cheltuielilor totale cu sănătatea raportat la PIB și ponderea ridicată a plăților directe suportate de populație arată că România rămâne încă sub nivelul de finanțare al majorității statelor membre ale Uniunii Europene. În perioada următoare, principala provocare nu va mai fi doar creșterea resurselor, ci utilizarea lor eficientă și orientarea lor către servicii medicale cu impact cât mai mare asupra stării de sănătate a populației.

C. Analiză sintetică comparată între România și alte țări din UE pe nivelul de finanțare al sănătății

Sistemul de sănătate din România traversează în prezent o etapă de transformare structurală complexă, caracterizată printr-o dublă presiune: pe de o parte, necesitatea alinierii indicatorilor de performanță și a rezultatelor clinice la standardele Uniunii Europene, iar pe de altă parte, imperativul gestionării eficiente a unei infuzii de capital internațional fără precedent. Evaluarea performanței financiare a sistemului de sănătate din România nu poate fi realizată izolat, ci necesită o raportare constantă la mediul european. Utilizând cadrul metodologic al Sistemului Conturilor de Sănătate (SCS) și rapoartele oficiale ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și Eurostat, pot fi identificate tendințele de convergență sau divergență față de mediile comunitare. În ultimul deceniu, România a înregistrat un progres incontestabil în ceea ce privește volumul nominal al fondurilor alocate sănătății, înregistrând cea mai mare creștere a cheltuielilor totale cu asistența medicală, cheltuielile medii pe locuitor crescând cu 155,6%, însă arhitectura sistemului păstrează o serie de ineficiențe și inechități structurale profunde (Eurostat, 2025).

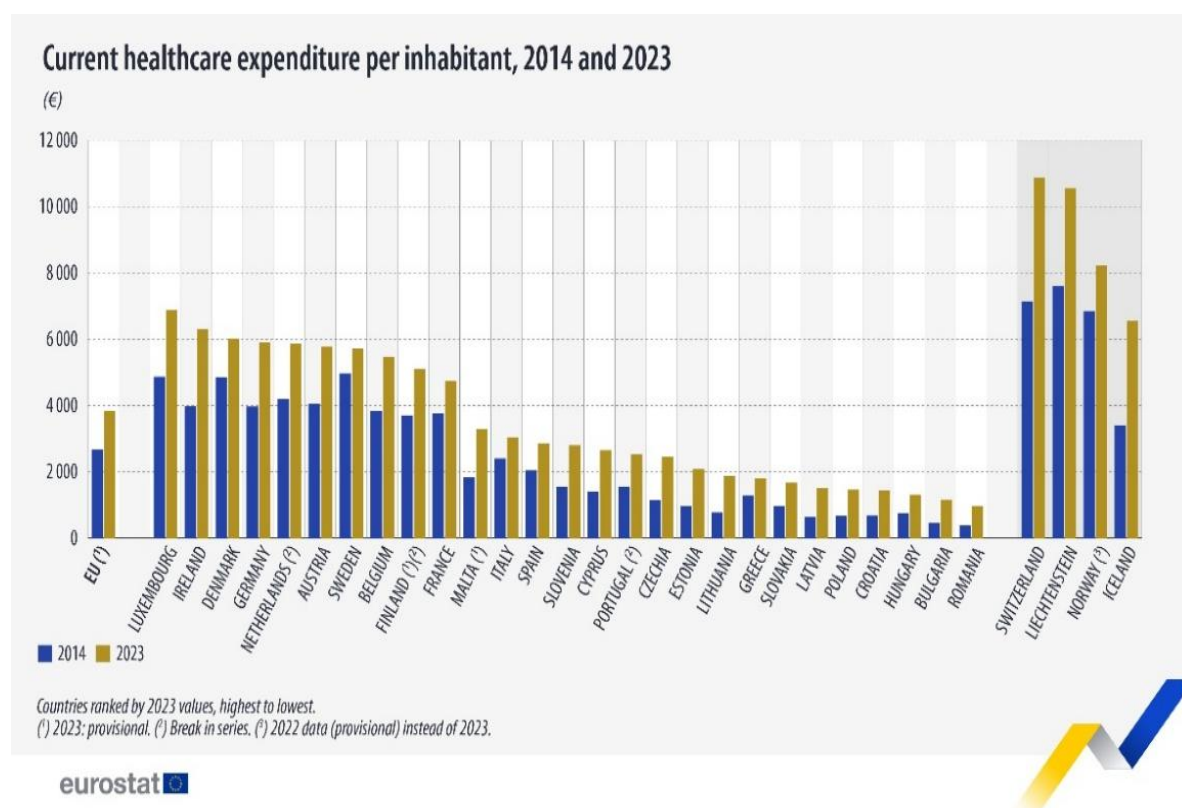


Figura 30. Cheltuielile curente cu asistența medicală pe locuitor, 2014-2023

Sursa: (Eurostat, 2025)

C.1. Dinamica Cheltuielilor Curente cu Sănătatea ca Procent din PIB

Discrepanța fundamentală dintre România și media UE în ceea ce privește alocarea resurselor macroeconomice pentru sănătate rămâne una dintre cele mai pronunțate vulnerabilități ale politicilor publice naționale. Conform profilului de sănătate lansat în 2025, cheltuielile curente cu sănătatea la nivelul UE s-au situat la o medie de 10,0% din Produsul Intern Brut (PIB) în anul 2023 (European Commission, 2025). În fruntea clasamentului european se află Germania, cu o alocare record de 11,7% din PIB, urmată îndeaproape de Franța cu 11,5%, Austria cu 11,2% și Suedia cu 11,2% (Eurostat, 2025).

În contrast puternic, România a alocat doar 5,8% din PIB pentru sectorul sanitar în anul 2023, procent menținut la cote similare și în proiecțiile pentru 2024 (European Commission, 2025). Această pondere o plasează pe ultimele locuri la nivel european, alături de Luxemburg (5,7%), deși în cazul Luxemburgului procentul este puternic distorsionat de un PIB excepțional de mare și de forța de muncă transfrontalieră (Eurostat, 2025). Subfinanțarea este evidentă și în comparație cu țările din Europa Centrală și de Est (ECE): Ungaria a alocat 6,4% din PIB, în timp ce media țărilor din regiune (EU5: Cehia, Ungaria, Polonia, Slovacia și Slovenia) se situează la 8,3% (OECD, 2025).

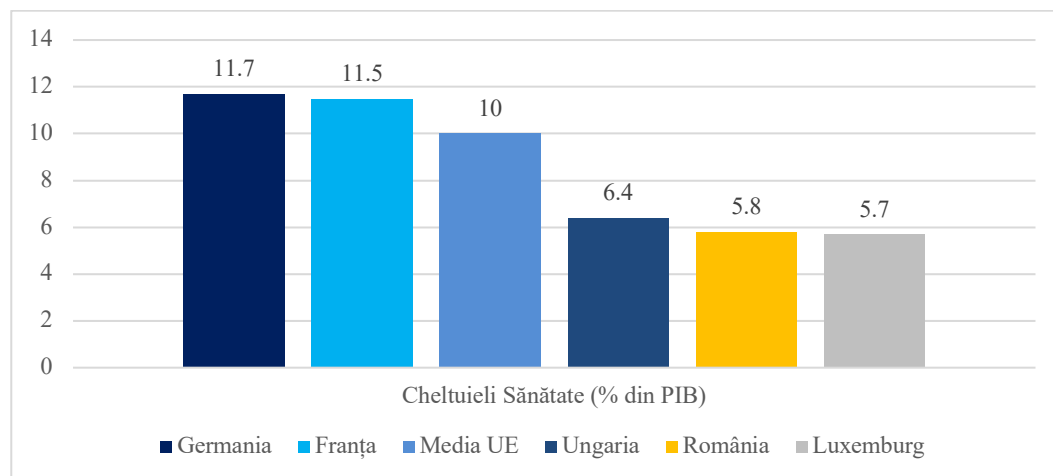


Figura 31. Cheltuieli curente cu sănătatea ca % din PIB (2023-2024)

Sursa: (European Commission, 2025)

Mai îngrijorător este faptul că, în ciuda promisiunilor repetate de creștere a finanțării, ponderea cheltuielilor guvernamentale alocate sănătății din totalul cheltuielilor statului român a scăzut efectiv, de la 13,8% în 2019 la doar 11,7% în 2023. Această tendință reflectă reprioritizarea bugetară post-pandemică și limitările fiscale actuale. Pentru a eficientiza cheltuielile și a îmbunătăți sustenabilitatea financiară, Ministerul Finanțelor, în colaborare cu Ministerul

Sănătății și CNAS, a realizat o revizuire a cheltuielilor de sănătate în 2023, care a stat la baza bugetului pentru 2024 (European Commission, 2025). Ca urmare, s-au implementat reforme drastice în 2024 și 2025, precum eliminarea treptată a scutirilor de la plata contribuțiilor sociale de sănătate (CASS) pentru lucrătorii din construcții, agricultură și industria alimentară, decizie menită să lărgască baza de contribuabili a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) cu aproximativ o treime (OECD, 2025).

Calcululele realizate în ediția anterioară a studiului, pe baza situațiilor financiare ale furnizorilor de servicii de sănătate și a datelor administrative ale caselor de asigurări, estimează cheltuielile curente totale cu sănătatea în 2023 la 99,2 miliarde lei, echivalentul a aproximativ 20 miliarde euro (la cursul de 1 euro = 4,95 lei), adică 6,18% din PIB, cu 0,38 puncte procentuale mai mult față de procentul de 5,8% raportat de Eurostat/Comisia Europeană pentru același an. În valori absolute, diferența se ridică la câteva miliarde de lei și este explicabilă aproape integral prin modul de estimare a plăților directe (OOP), descris detaliat în secțiunea C.3.

Graficele de mai jos din ediția anterioară a studiului prezintă evoluția cheltuielilor cu sănătatea ca procent din PIB în România față de celelalte țări ECE și față de media UE, pe baza datelor OECD Health Statistics 2013-2022. La orizontul anului 2022, statisticile oficiale OECD plasau România la 5,7% din PIB, sub pragul de 6%, în timp ce Cehia și Slovenia depășeau 8%. Estimarea proprie a studiului, validată la nivelul anului 2023, sugerează că tabloul real este ușor mai favorabil decât cel oficial, fără ca decalajul față de media UE (10,0%) să fie substanțial redus.

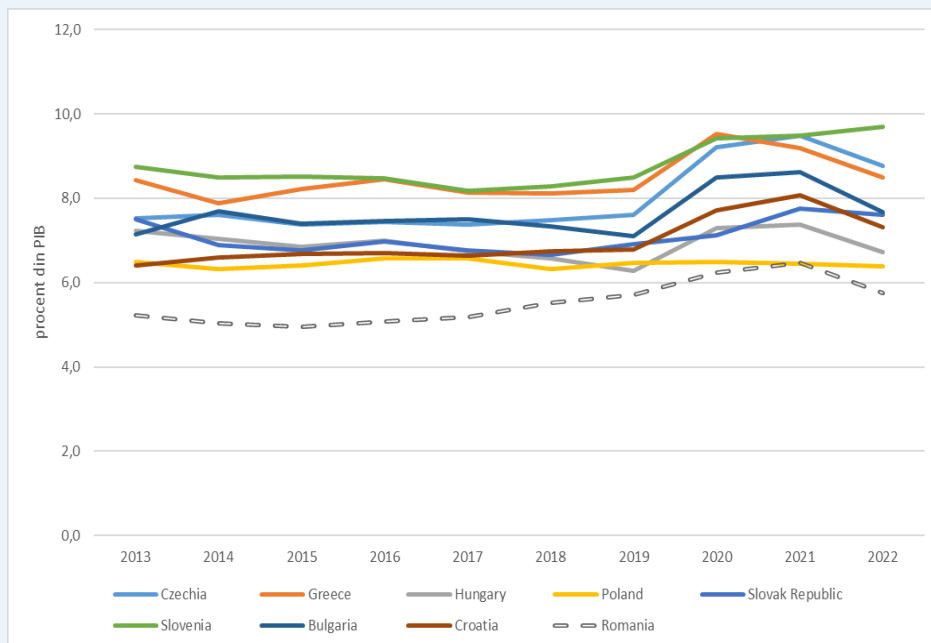


Figura 32. Evoluția cheltuielilor totale pentru sănătate, procent din PIB în România și în țările ECE

Sursa: baza de date OECD Health Statistics, 2022

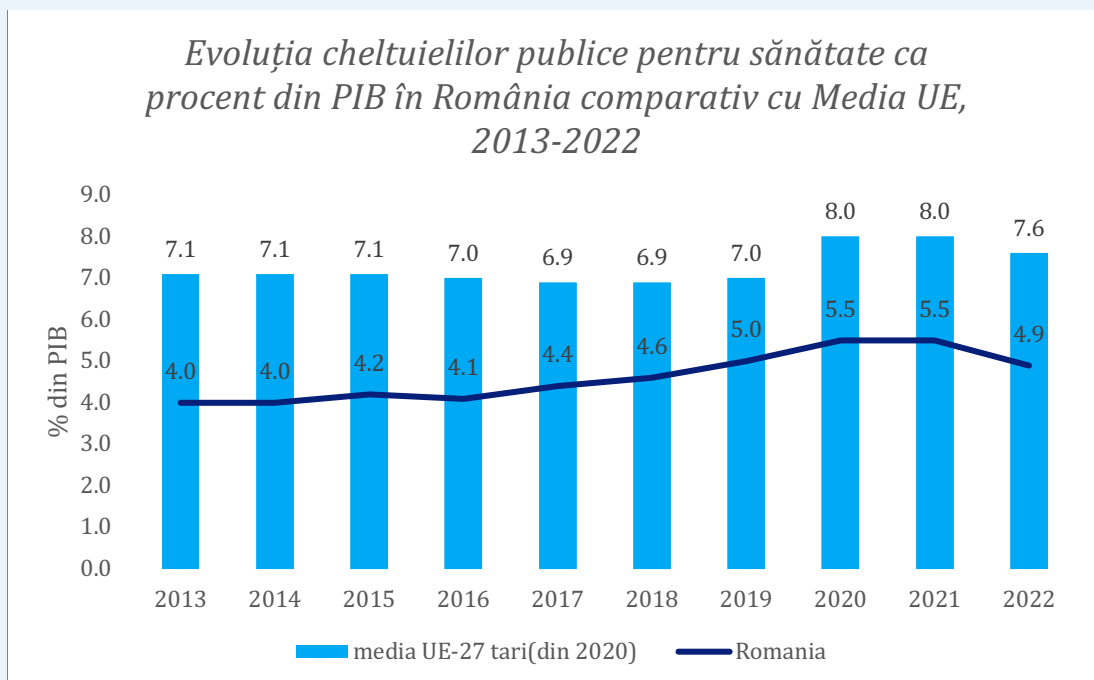


Figura 33. Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB în România comparativ cu Media UE și țările ECE, 2013-2022

C.2. Decalajele de Finanțare per Capita și Convergența Puterii de Cumpărare

O analiză mai relevantă pentru accesul individual la servicii medicale este oferită de indicatorul cheltuielilor pe cap de locuitor, ajustate la paritatea puterii de cumpărare (PPC/PPS). Această metodologie elimină diferențele de nivel general al prețurilor dintre țări, oferind o măsură fidelă a cantității reale de bunuri și servicii medicale ce pot fi achiziționate (European Commission, 2025).

În termeni absoluți, cheltuielile pe cap de locuitor în România au atins nivelul de 1.800 EUR PPC în anul 2023 (European Commission, 2025) și 2.311 USD PPC în 2024 (OECD, 2025). Prin comparație, media europeană s-a situat la 3.832 EUR PPC (sau 5.967 USD PPC în 2024), ceea ce înseamnă că România cheltuiește, în termeni reali, mai puțin de jumătate din cât investește un stat european mediu pentru sănătatea unui cetățean. Diferențele față de statele performante sunt drastice: Germania raportează cheltuieli de 5.413 PPS pe locuitor, Austria 4.900 PPS, iar Olanda 4.848 PPS, un raport de 3 la 1 comparativ cu România. De asemenea, ne situăm la jumătate față de media grupului de referință EU5 (4.430 USD PPC în 2024) (Eurostat, 2025).

Totuși, o privire de ansamblu asupra dinamicii din ultimul deceniu relevă un efort masiv de recuperare. Între 2014 și 2023, cheltuielile curente cu asistența medicală în Uniunea Europeană au crescut în medie cu 43,7% (Eurostat, 2025). În aceeași perioadă, România a înregistrat cea mai mare creștere a cheltuielilor din întreaga Uniune Europeană, cu o majorare de 155,6% a cheltuielilor medii pe cap de locuitor. Această creștere a fost determinată în mare parte de majorările salariale substanțiale acordate personalului medical (de până la 160% în 2018) pentru a stopa migrația masivă a medicilor și asistenților către țările din Vest (European Commission, 2025).

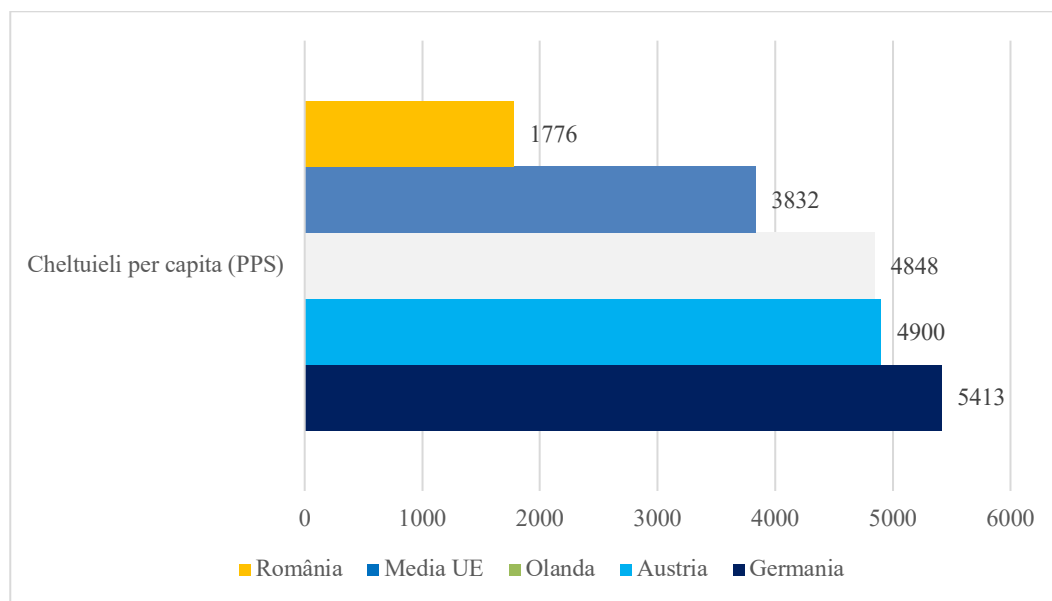


Figura 34. Cheltuieli cu sănătatea pe cap de locuitor (Paritatea Puterii de Cumpărare — EUR PPC, 2023)

Sursa: (Eurostat, 2025)

Cele trei cifre referitoare la cheltuielile pe cap de locuitor în România măsoară lucruri diferite și sunt, prin urmare, complementare, nu contradictorii:

- 1.051 EUR/locuitor: Calculul din studiul anterior, obținut prin împărțirea totalului cheltuielilor estimate (99,2 mld. lei / 4,95 lei/euro) la numărul de locuitori (19,05 milioane). Aceasta este o valoare nominală, la cursul de schimb de piață, neajustată pentru diferențele de nivel al prețurilor dintre țări.
- 1.632 EUR PPC/locuitor: Valoarea raportată de OECD Health Statistics pentru 2022, ajustată la paritatea puterii de cumpărare (prețuri constante 2015), plasând România la cel mai scăzut nivel din UE (figura din ediția anterioară a studiului, prezentată mai jos).
- 1.800 EUR PPC/locuitor: Valoarea raportată de Eurostat/Comisia Europeană pentru 2023, de asemenea ajustată PPC, dar utilizând prețurile curente și un coeficient PPC actualizat. Creșterea față de 1.632 EUR PPC (2022) reflectă atât creșterea nominală a cheltuielilor, cât și ajustarea coeficientului PPC.

Compararea valorii nominale (1.051 EUR) cu cea PPC (1.800 EUR) evidențiază că puterea de cumpărare internă a aceluiași euro este mai mare în România decât în țările cu niveluri de

prețuri mai ridicate, motiv pentru care ajustarea PPC crește valoarea aparentă a cheltuielilor. Cu toate acestea, chiar și la paritatea puterii de cumpărare, România rămâne ultima sau penultima din UE.

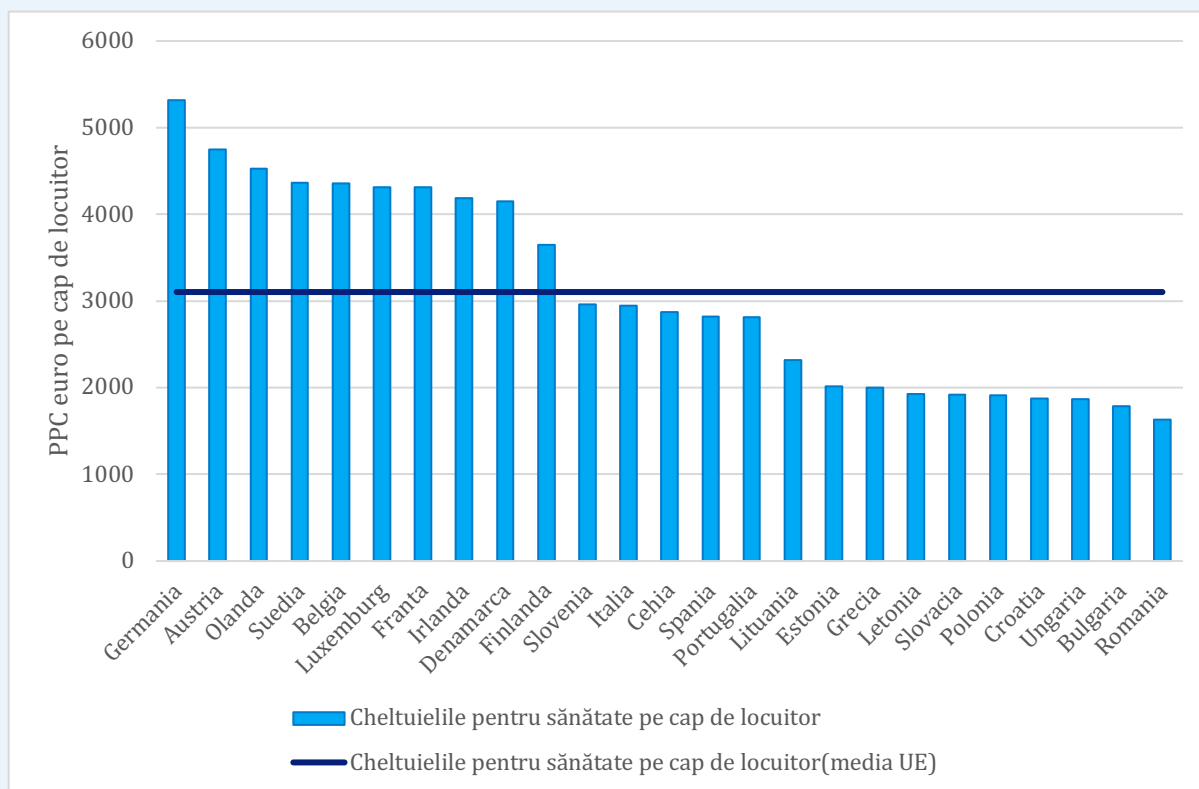


Figura 35. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor din România fata de tarile UE in 2022

Sursa: baza de date OECD health statistics, 2022

C.3. Arhitectura Finanțării: Asimetria dintre Fondurile Publice și Plățile Directe (Out-of-Pocket)

Deși volumul cheltuielilor totale a crescut, arhitectura finanțării sistemului medical din România ascunde un risc major de sărăcire a populației prin cheltuieli medicale directe (European Commission, 2025). Finanțarea publică (provenită de la guvern și din contribuțiile obligatorii la FNUASS) a acoperit doar 76% din totalul cheltuielilor cu sănătatea în 2023 (OECD, 2025). Această cifră se află sub media UE de 80%. Asigurările private voluntare (VHI) reprezintă o fracțiune marginală din sistem, contribuind cu abia 1% la totalul cheltuielilor. Prin urmare, partea rămasă de 23% din finanțare provine aproape exclusiv din plățile directe din

buzunarul pacienților (Out-of-Pocket — OOP). Acest procent a marcat o creștere alarmantă față de anul 2019, când plățile OOP reprezentau doar 19%, și depășește considerabil media europeană de 16% (European Commission, 2025).

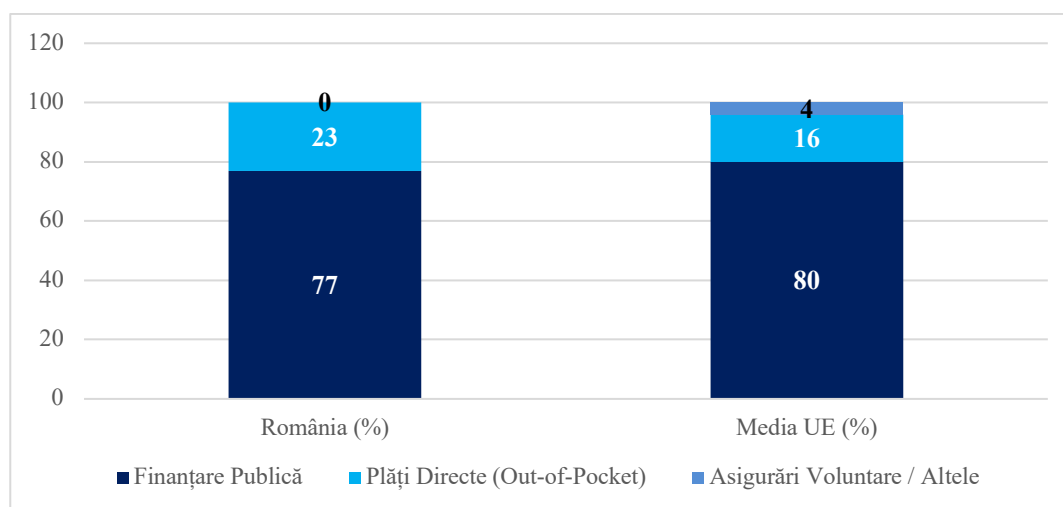


Figura 36. Structura finanțării sănătății — Public vs. Plăți Directe (2023)

Sursa: (European Commission, 2025)

Aceasta este diferența cea mai importantă dintre datele oficiale și calculele studiului anterior și are implicații directe și pentru indicatorul cheltuielilor totale ca procent din PIB (6,18% vs. 5,8%). Ediția anterioară a studiului a estimat plățile directe (OOP) pentru 2023 la ~29,7 miliarde lei, reprezentând ~30% din totalul cheltuielilor cu sănătatea, față de ~23% raportat de Comisia Europeană și față de ~21,5 miliarde lei estimați de INS (valoare extrapolată din ultimul an disponibil, 2021, cu un ritm mediu de creștere de +15,5%/an). Diferența absolută dintre cele două estimări este de circa 8,2 miliarde lei, adică 40% mai mult în calculul propriu față de INS/Eurostat.

Sursa diferenței: INS estimează OOP pe baza a două surse preponderent voluntare: Cercetarea statistică privind activitatea rețelei sanitare (SAN) și Ancheta bugetelor de familie. Autorii studiului anterior au considerat că raportarea voluntară generează subestimare sistematică și au construit o metodologie alternativă bazată pe situațiile financiare depuse obligatoriu de furnizori la Ministerul Finanțelor (formulare 600, 601, 212 pentru societăți comerciale și cabinete individuale), utilizând formula:

OOP = (cifra de afaceri a furnizorilor) – (încasări de la bugete publice) – (încasări de la alți furnizori) – (plăți în cadrul schemelor voluntare)

Această abordare „de jos în sus”, pe baza datelor de la 54.000+ furnizori identificați prin încrucișarea bazelor de date ONRC, MF și case de asigurări, oferă o acoperire mai largă a tranzacțiilor reale. Autorii studiului consideră că valoarea proprie este mai apropiată de realitate, cu mențiunea că și aceasta poate fi imprecisă (cabinete medicale individuale neacoperite integral, posibile tranzacții interfirme neeliminate). O confirmare sau infirmare definitivă ar presupune accesul la date de intrare mai complete.

Figura de mai jos din ediția anterioară a studiului prezintă structura cheltuielilor totale cu sănătatea în 2023 conform calculelor proprii: FNUASS — 56,4% (din care CASS — 42,5%, subvenții buget de stat — 9%, taxa clawback — 4,5%); Buget de stat — 11,3%; OOP — 29,9%; Asigurări private + abonamente — 1,5%; Alte scheme — 0,2%.

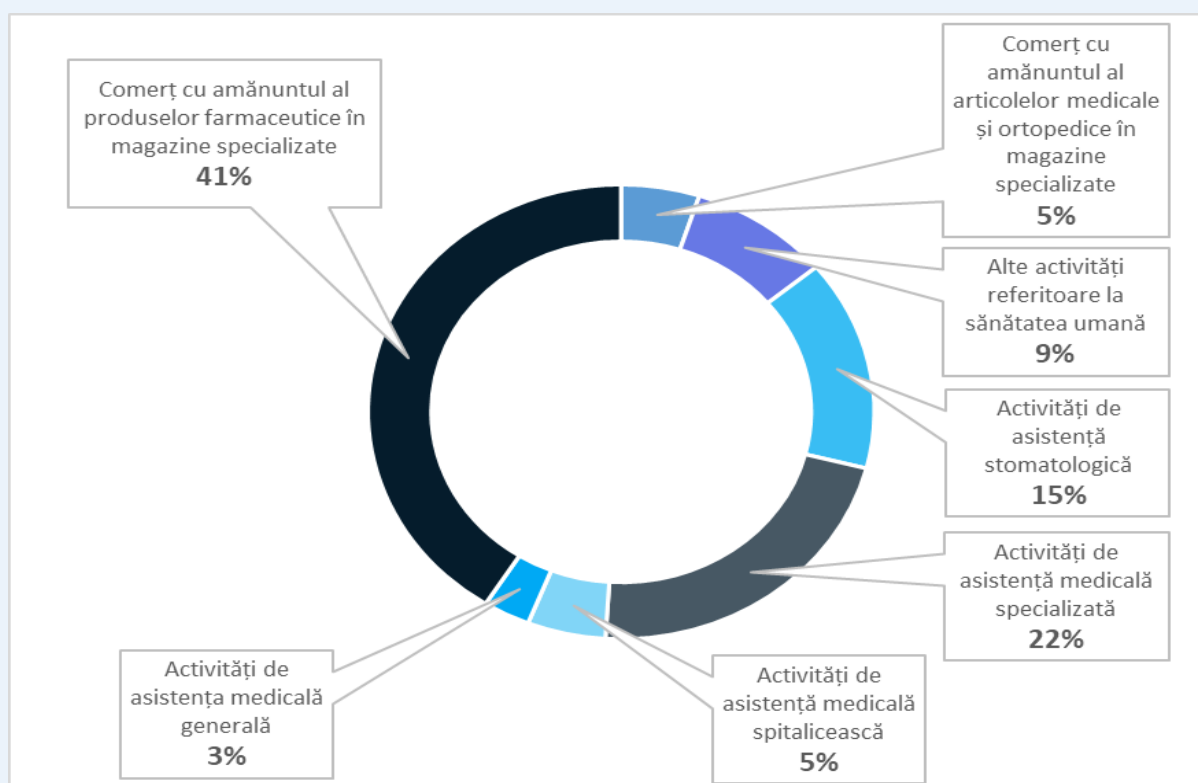


Figura 37. Ponderea principalelor scheme de finanțare în cheltuiala totală cu sănătatea în 2023 — calcule proprii ale studiului

Surse: date consolidate de autori, INSSE

Aprofundarea destinației acestor plăți directe relevă faliile sistemului public de decontare. Aproape 60% din toate plățile OOP din România sunt direcționate către achiziția de medicamente eliberate în regim ambulatoriu. Acest procent este de peste două ori mai mare

decât media UE, reflectând faptul că statul român reușește să acopere prin finanțare publică doar aproximativ jumătate din cheltuielile farmaceutice ale pacienților (restul reprezentând coplată sau medicamente fără rețetă). În același timp, România cheltuiește aproximativ 26% din totalul bugetului de sănătate doar pe produse farmaceutice, una dintre cele mai mari ponderi din UE (European Commission, 2025).

Asistența stomatologică reprezintă a doua mare vulnerabilitate. Aproximativ 18% din totalul plăților din buzunar sunt dedicate stomatologiei (European Commission, 2025). În România, finanțarea publică acoperă doar 7% din serviciile stomatologice (restul de 93% fiind plătit privat), un procent de aproape cinci ori mai mic decât media OCDE (OECD, 2025). Pachetul de bază decontat acoperă în principal copiii, veteranii și anumite boli cronice, în limita unor plafoane lunare extrem de reduse pentru cabinete.

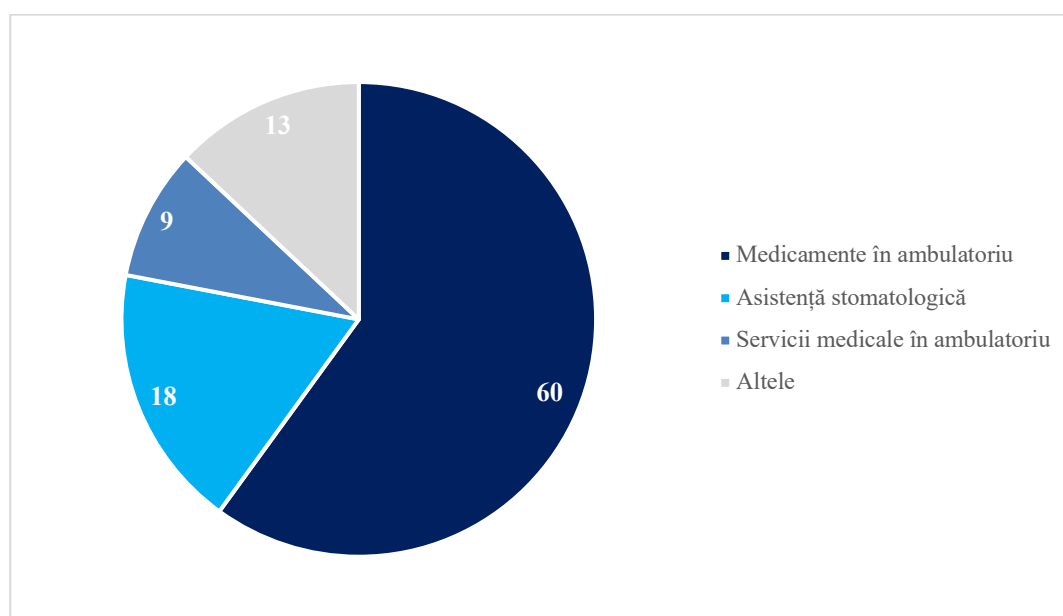


Figura 38. Destinația plăților Out-of-Pocket în România (2023)

Sursa: (European Commission, 2025)

Din cauza acestor costuri directe ridicate, 6% dintre adulții români au raportat în 2024 nevoi medicale nesatisfăcute din motive financiare, de distanță sau din cauza timpilor de așteptare, reprezentând a cincea cea mai mare rată din UE. Inechitatea socială este profundă: persoanele expuse riscului de sărăcie au raportat nevoi medicale nesatisfăcute de aproape trei ori mai des (15%) comparativ cu populația generală. În cazul medicinei dentare, rata nevoilor nesatisfăcute la nivel național a atins 16% (a treia cea mai mare din UE), iar în rândul persoanelor sărace a explodat la 44% (European Commission, 2025). Fenomenul plăților informale (mita) persistă, de asemenea: în 2023, 9% dintre români au raportat că au oferit o plată suplimentară sau un

cadou valoros personalului medical, o rată de trei ori mai mare decât media UE de 3% (OECD, 2025).

C.4. Alocarea Sectorială a Resurselor: Preponderența Îngrijirilor Spitalicești vs. Deficitul Prevenției

Din perspectiva funcțiilor asistenței medicale, sistemul românesc rămâne eminemamente spitalo-centric, eșuând în a consolida baza piramidei medicale. În anul 2023, îngrijirile spitalicești au absorbit o proporție uriașă, de 42% din totalul cheltuielilor cu sănătatea, aceasta fiind a doua cea mai mare pondere din întreaga Uniune Europeană, unde media este de 28%—39%, în funcție de agregare (OECD, 2025). Peste 99% din aceste costuri de spitalizare continuă sunt acoperite din fonduri publice, stimulând menținerea acestui model ineficient (European Commission, 2025).

În contrast direct, asistența medicală primară și comunitară este subfinanțată. În 2023, aceasta a beneficiat de doar 9-10% din totalul cheltuielilor de sănătate, reprezentând a treia cea mai mică alocare din spațiul comunitar, media OCDE fiind de 14%. Medicii de familie reprezintă doar 18% din totalul medicilor din România, fiind, astfel, sub media europeană de 20%, iar doi din cinci medici de familie au peste 60 de ani, ceea ce anticipează o criză severă de personal în anii următori (OECD, 2025). Lipsa de investiții la baza sistemului generează blocaje masive la nivelul Unităților de Primiri Urgențe (UPU), unde studiile arată că până la 72% dintre pacienții prezentați ar fi putut fi tratați la nivelul medicinei primare (European Commission, 2025).

Poate cea mai alarmantă statistică o reprezintă subfinanțarea cronică a sănătății publice. România a alocat doar 1% din bugetul său de sănătate pentru programe de sănătate publică și prevenție organizată în 2023, comparativ cu o medie OCDE de 3% (OECD, 2025). Această lipsă de viziune pe termen lung menține ratele de internare evitabilă pentru afecțiuni cronice (precum diabetul sau bolile pulmonare obstructive - BPOC) la cote printre cele mai înalte din Europa.

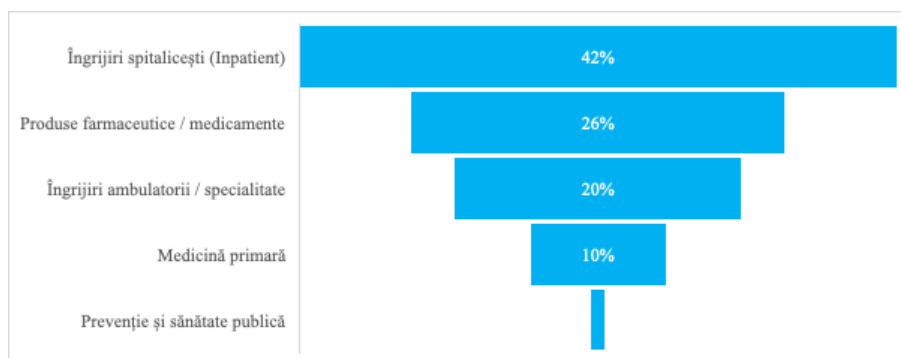


Figura 39. Distribuția cheltuielilor pe funcții ale asistenței medicale (România, 2023)

Sursa: (European Commission, 2025; OECD, 2025)

Ediția anterioară a studiului arată că 57,52% din cheltuielile totale cu sănătatea (echivalentul a 57 miliarde lei) au reprezentat plăți efectuate către furnizori privați de servicii de sănătate în 2023, incluzând 100% din OOP, abonamente și asigurări private, plus 46% din decontările FNUASS. Această pondere este semnificativ mai mare decât percepția publică, care asociază sănătatea predominant cu sectorul public, și reflectă importanța crescândă a furnizorilor privați în ambulatoriu, imagistică, stomatologie și farmacie.

Figura de mai jos din ediția anterioară a studiului compară, pentru 2022, structura cheltuielilor pe cap de locuitor (sisteme guvernamentale/obligatorii vs. sisteme voluntare și plăți directe) în România față de celelalte țări ECE. România se remarcă prin ponderea relativ mare a plăților directe, care compensează parțial subfinanțarea publică, fiind însă o compensare imperfectă, deoarece sarcina cade disproporționat pe cei cu venituri mici.

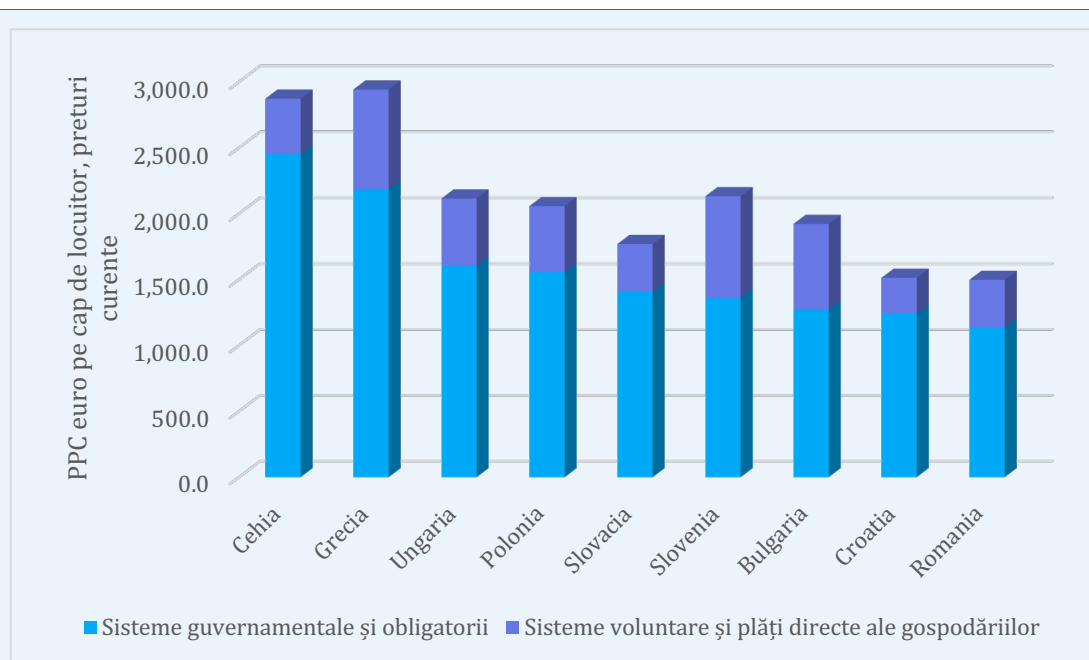


Figura 40. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor în România comparativ cu alte țări ECE în funcție de schema de finanțare la nivelul anului 2022

Sursa: baza de date OECD Health Statistics, 2023

C.5. Rezultatele Finanțării asupra Indicatorilor de Sănătate Publică (Orizont 2024-2025)

Subfinanțarea structurală, modelul centrat pe spital și lipsa de accent pe prevenție au consecințe directe, dramatice, asupra stării de sănătate a cetățenilor. Deși speranța de viață la naștere a recuperat pierderile suferite în timpul pandemiei de COVID-19 și a atins un nou maxim istoric de 76,4-76,6 ani în perioada 2023-2024, aceasta rămâne cu 5,1 ani sub media UE (OECD, 2025). Există, de asemenea, un decalaj uriaș de gen: bărbații trăiesc, în medie, cu 7,6 ani mai puțin decât femeile (72,8 ani față de 80,4 ani) (European Commission, 2025).

Mortalitatea evitabilă și cea tratabilă poziționează România la coada clasamentului comunitar. În anul 2022-2023, mortalitatea prevenibilă (care ar putea fi evitată prin politici de sănătate publică) a fost a treia cea mai mare din UE, înregistrând 304 decese la 100.000 de locuitori, media OECD fiind de 145 (OECD, 2025). Mortalitatea tratabilă (decese ce puteau fi evitate prin îngrijiri medicale la timp) a fost cea mai mare din întreaga Uniune Europeană, cu 215 decese la 100.000 de locuitori. Bolile cardiovasculare (inclusiv bolile ischemice și accidentul vascular cerebral) reprezintă cauza principală a deceselor (56% din total), urmate de cancer (17%). Performanța tratamentului acut este precară: mortalitatea la 30 de zile în urma unui

infarct miocardic acut (AMI) a fost de 13,1 la 100 de pacienți în 2023, mult peste media OECD de 8,6 (European Commission, 2025).

Aproape o treime (29%) din totalul deceselor înregistrate în România sunt atribuite factorilor de risc comportamental (European Commission, 2025). Alimentația precară a contribuit la 16% din decese (doar 38% dintre adulți consumă zilnic fructe). Rata fumatului la adulți se menține ridicată (18,7% consumatori zilnici), iar 23% dintre adolescenții de 15 ani fumează regulat, în timp ce 26% folosesc țigări electronice (peste media UE). Consumul de alcool a atins cote alarmante, de 12,3 litri pe adult în 2023 (unul dintre cele mai ridicate niveluri din UE), marcând o creștere de 30% în ultimul deceniu (OECD, 2025). Factorii de mediu, precum poluarea aerului, contribuie la încă 6% din decesele anuale (European Commission, 2025).

Pentru a combate aceste tendințe, autoritățile au introdus în 2024 „Riskograma”, un instrument de screening în asistența medicală primară destinat adulților de peste 40 de ani, vizând depistarea timpurie a bolilor cronice și a factorilor de risc comportamental (OECD, 2025). De asemenea, s-au implementat măsuri fiscale (taxarea băuturilor cu adaos de zahăr) și restricții privind vânzarea țigărilor electronice către minori, dar impactul acestora pe termen lung depinde de o reformă fundamentală a modului în care fondurile din sănătate sunt distribuite către prevenție (European Commission, 2025).

D. Analiza programelor europene și a altor surse de finanțare internaționale dedicate sănătății – PNRR, POS, etc.

Fondurile europene dedicate României în sectorul sănătății pentru perioada 2021-2027 fac parte din Cadrul Financiar Multianual (CFM) și provin din diferite programe de finanțare ale Uniunii Europene (UE), care sprijină dezvoltarea infrastructurii de sănătate, serviciilor medicale și cercetării în domeniul medical. Aceste fonduri sunt alocate prin mecanisme precum Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), Fondul Social European Plus (FSE+) și alte programe europene specifice, cum ar fi Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR). Alte surse de finanțare internaționale dedicate sănătății includ împrumuturi de la Banca Europeană de Investiții (BEI) și de la Banca Mondială (BM), la care se adaugă programul european EU4Health 2021-2027 și finanțările destinate cercetării medicale prin programul-cadru Horizon Europe.

Peisajul finanțărilor internaționale pentru sănătate a suferit modificări structurale semnificative în perioada 2024-2025. Cel mai important element de noutate este restructurarea profundă a componentei de sănătate din PNRR, prin revizuirea aprobată de Comisia Europeană la data de 22 octombrie 2025 și confirmată formal de Consiliul ECOFIN la 13 noiembrie 2025 (MIPE, 2025d). Această revizuire a redus numărul spitalelor noi finanțate prin Mecanismul de Redresare și Reziliență de la 24 (prevăzute inițial) la 8 spitale, transferând alte 9 proiecte spitalicești către Programul Sănătate (POS) 2021-2027, care a preluat astfel un rol și mai central în finanțarea infrastructurii medicale din România.

Analiza de mai jos descrie sumele disponibile pentru România prin intermediul programelor europene și al altor surse de finanțare internaționale și evidențiază oportunitățile de dezvoltare a sectorului sanitar pe baza acestora, dar realizarea efectivă a proiectelor va depinde de interesul din partea beneficiarilor și de abilitatea acestora de a duce la bun sfârșit proiectele. O privire de ansamblu în legătură cu proiectele care se vor realiza efectiv din aceste surse va putea fi realizată doar la finalul perioadei în care aceste resurse sunt disponibile.

La modul general, fondurile europene destinate sănătății sunt accesibile pentru diverse tipuri de beneficiari, în funcție de program și de specificul proiectelor. Gama exactă de beneficiari este definită în ghidurile aferente fiecărui proiect. În linii mari, pot solicita astfel de fonduri:

- (1) instituțiile publice, respectiv spitalele publice, inclusiv cele universitare și județene, autoritățile locale și centrale, precum Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică, precum și universitățile și centrele de cercetare medical;
- (2) instituțiile private, respectiv spitalele private, clinicile și alte organizații din sectorul privat al sănătății; organizațiile non-guvernamentale care activează în sănătate, prevenția bolilor, promovarea sănătății și educația medicală;
- (3) partenerii în cadrul parteneriatelor public-private, constituite ca forme de colaborare între entități publice și private pentru a dezvolta proiecte comune în domeniul sănătății.

Totuși, programele europene și celelalte surse de finanțare internaționale dedicate sănătății descrise mai jos sunt destinate, într-o proporție covârșitoare, sectorului public: spitale, ambulatorii integrate ale spitalelor publice, secții de neonatologie ale spitalelor publice sau unități administrativ-teritoriale pentru centre integrate de asistență medicală comunitară. Practic, furnizorii privați de servicii de sănătate au oportunități de accesare de fonduri în principal în zona medicinei de familie. Pe viitor, ar putea să fie elaborată o strategie mai echilibrată de alocare a fondurilor europene destinate sănătății, care să includă deopotrivă sectorul privat și cel public.

Fondurile europene pentru sănătate din CFM 2021-2027 includ, în ordinea volumului alocat și a importanței lor sistemice pentru România, următoarele instrumente principale.

D.1. Programul Operațional Sănătate (POS) 2021-2027

Programul Operațional Sănătate (POS), denumit oficial „Programul Sănătate”, reprezintă principalul mecanism prin care România accesează fonduri europene pentru sănătate în perioada 2021-2027 și un instrument de implementare a Strategiei Naționale de Sănătate 2022-2030. Autoritatea de Management a programului este Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene (MIPE), prin Direcția Generală Program Operațional Sănătate, iar Agențiile pentru Dezvoltare Regională (ADR) funcționează ca Organisme Intermediare pentru prioritățile 1, 2, 3, 4 și 7, în baza acordurilor de delegare semnate începând cu iulie 2023 (ADR Nord-Est, 2025).

Alocarea totală a programului face obiectul unor cifre diferite în documentele oficiale, aspect care trebuie semnalat explicit. Versiunea inițial aprobată și documentele de prezentare ale MIPE și ale majorității agențiilor de dezvoltare regională menționează o alocare totală de 5,88 miliarde de euro, provenind din Fondul Social European Plus (FSE+) și Fondul European de

Dezvoltare Regională (FEDR) (ADR Sud Muntenia, 2024). În schimb, versiunile actualizate ale programului, reflectate în comunicările ADR Vest publicate în 2025-2026, indică o alocare totală de 3,13 miliarde de euro (ADR Vest, 2026). Diferența reflectă modificările succesive ale programului și posibile delimitări metodologice diferite între alocarea UE și valoarea totală a programului cu tot cu cofinanțarea națională. Programul a suferit mai multe modificări: Modificarea nr. 4 (adoptată la 20 mai 2025) a constat în principal în reducerea contribuției naționale pentru Prioritatea 4 „Investiții în infrastructuri spitalicești și sanitare” și implicit creșterea ratei de cofinanțare FEDR la 85% pentru această prioritate în regiunile mai puțin dezvoltate (MIPE, 2025c). Modificarea nr. 5 a fost publicată în martie 2026 (MIPE, 2026a).

Suma prevăzută în versiunea inițială de 5,88 miliarde de euro era distribuită după cum urmează:

- (1) 5,26 miliarde de euro pentru infrastructura de sănătate, din care sumele provin din FEDR și contribuția proprie a țării;
- (2) 0,39 miliarde de euro pentru cercetare, de asemenea din FEDR și contribuție națională;
- (3) 0,23 miliarde de euro pentru digitalizare prin FEDR și contribuție națională;
- (4) 0,81 miliarde de euro pentru componenta de servicii de sănătate, finanțată din FSE+ și contribuție națională proprie.

Programul Sănătate se concentrează pe șapte priorități principale care vizează îmbunătățirea sistemului de sănătate din România. Implementarea acestuia este monitorizată prin intermediul platformei de date a MIPE, iar în 2025 ministerul a anunțat lansarea unui total de 97 de apeluri de finanțare pe sănătate cu o valoare cumulată de peste 1,71 miliarde de euro, acoperind domenii precum screeningul populațional, oncologia și tratamentul pacienților în stare critică, conform Calendarului Fondurilor Europene 2025 publicat de MIPE (MIPE, 2025a).

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și ambulatorie, și consolidarea serviciilor preventive

Această prioritate este fundamentală pentru a îmbunătăți sănătatea publică în România prin asigurarea accesului la servicii medicale de bază și prevenire. România se confruntă cu un deficit semnificativ de medici de familie, în special în mediul rural, unde accesul la servicii medicale este limitat. Mai puțin de jumătate din localitățile din România dispun de un număr suficient de medici de familie, iar 328 de comune nu au niciun medic de familie (Europa Liberă România, 2024). Această lipsă contribuie la supra-utilizarea serviciilor de urgență și a spitalelor, care sunt deja sub presiune.

Prioritatea 1 dispune de o alocare de 805 milioane de euro și vizează dezvoltarea și îmbunătățirea infrastructurii medicale primare, comunitare și ambulatorii printr-o serie de intervenții finanțate atât din FEDR, cât și din FSE+. Aceste intervenții includ:

- (1) **Investiții în infrastructura cabinetelor de medicină de familie** - acestea sunt esențiale pentru a asigura că toți cetățenii, indiferent de locația lor geografică, au acces la asistență medicală primară, cu un accent deosebit pe dotarea și modernizarea acestor cabinete pentru a oferi servicii de înaltă calitate.
- (2) **Dezvoltarea infrastructurii structurilor implicate în Programul Național de Vaccinare** - investițiile în infrastructura vaccinării sunt critice pentru prevenirea bolilor infecțioase, incluzând achiziționarea de unități mobile care să permită accesul la vaccinare în zonele rurale și greu accesibile.
- (3) **Investiții în infrastructura ambulatoriilor și a unităților sanitare publice** - scopul acestor investiții este de a dezvolta centre medicale moderne care să poată furniza servicii de screening și tratament ambulatoriu pentru diverse afecțiuni, inclusiv pentru sănătatea mintală și sănătatea orală a copiilor și adolescenților.
- (4) **Programe de screening populațional** - aceste programe sunt esențiale pentru detectarea precoce a bolilor majore de sănătate publică, cum ar fi cancerul, hepatitele, HIV/SIDA și tuberculoza. Prioritatea va fi acordată grupurilor dezavantajate socio-economic, care au un acces limitat la astfel de servicii. Un apel concret lansat în 2025 în cadrul acestei priorități a alocat fonduri de formarea a peste 10.350 de specialiști în medicina de familie, comunitară și ambulatorie, cu o valoare de 44,3 milioane de euro (MIPE, 2025b).
- (5) **Îmbunătățirea accesibilității și eficacității asistenței medicale primare** - prin formarea și actualizarea competențelor personalului medical, se urmărește integrarea și coordonarea mai bună a serviciilor de sănătate, reducând astfel presiunea asupra serviciilor de urgență.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 300 de cabinete de medicină de familie, a 105 cabinete de asistență medicală școlară și achiziționarea a 41 de unități mobile pentru Programul Național de Vaccinare. De asemenea, se prevede că peste 804.000 de persoane vor beneficia de programe de screening, ceea ce va contribui semnificativ la reducerea incidenței bolilor majore.

Prioritatea 2: Servicii de reabilitare, paliative și spitalizări pentru boli cronice

România se confruntă cu o îmbătrânire accelerată a populației și cu o creștere a prevalenței bolilor cronice, ceea ce pune o presiune semnificativă asupra sistemului de sănătate. Serviciile de reabilitare și paliative sunt insuficient dezvoltate și inegal distribuite pe teritoriul țării. Aceste servicii sunt esențiale pentru a asigura o viață demnă și independentă pentru persoanele în vârstă și pentru pacienții cu boli cronice.

Cu o alocare de 717 milioane de euro, Prioritatea 2 vizează îmbunătățirea accesului la și a calității serviciilor de reabilitare și paliative, printr-o combinație de investiții în infrastructură și măsuri de formare a personalului medical. Un apel de proiecte dedicat investițiilor în infrastructura unităților care furnizează servicii de paliative a fost lansat în cadrul acestei priorități cu un buget de 58.681.175 de euro, cu termen de depunere inițial în intervalul 31 ianuarie - 30 aprilie 2025, conform ghidului publicat de MIPE (MIPE, 2024), și confirmat de ADR Centru (ADR Centru, 2025). Principalele intervenții finanțate prin această prioritate includ:

- (1) **Investiții în infrastructura unităților sanitare care furnizează servicii de reabilitare și recuperare** - vor fi reabilitate și dotate 12 unități sanitare care oferă aceste servicii, asigurându-se astfel că pacienții care au suferit evenimente acute, cum ar fi accidentele vasculare cerebrale sau politraumatismele, au acces la o recuperare adecvată.
- (2) **Dezvoltarea serviciilor de paliative** - în prezent, România are un număr insuficient de paturi de îngrijire paliativă, cu 11 județe care nu au deloc astfel de paturi și alte 10 județe cu un grad de acoperire foarte scăzut. Prin această prioritate, se urmărește reabilitarea și dotarea a 24 de unități sanitare care oferă îngrijire paliativă, prioritizând județele care nu au deloc aceste servicii sau au un grad de acoperire sub 15%.
- (3) **Îmbunătățirea accesibilității și eficacității serviciilor de spitalizare prelungită pentru bolile cronice** - se va investi în dezvoltarea de instrumente de lucru, programe de formare pentru personalul medical și finanțarea costurilor operaționale ale acestor servicii.
- (4) **Cofinanțarea pentru infrastructuri spitalicești** - investițiile în spitalele mici, municipale și orașenești vor fi sprijinite prin cofinanțare, inclusiv prin împrumuturi de la Banca Europeană de Investiții, pentru a asigura îmbunătățirea serviciilor de reabilitare și spitalizare prelungită.

Rezultatele acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 12 unități sanitare pentru reabilitare, 24 de unități pentru paliative și 20 de spitale municipale și orașenești. Se estimează că

aproximativ 5.146 de persoane vor fi formate pentru a îmbunătăți serviciile de reabilitare și paliativ.

Prioritatea 3: Creșterea eficacității și rezilienței sistemului medical în domenii critice, de importanță strategică

Sistemul medical din România se confruntă cu provocări semnificative în domenii critice, precum tratarea accidentelor vasculare cerebrale, a bolilor cardiace ischemice și îngrijirea pacienților cu arsuri severe. Mortalitatea din cauza acestor afecțiuni este mult mai mare decât media europeană, iar accesul la tratamente moderne este limitat. Cu o alocare de 372 de milioane de euro, Prioritatea 3 urmărește să abordeze aceste provocări prin investiții în infrastructura necesară și formarea personalului medical. Principalele intervenții includ:

- (1) **Dezvoltarea infrastructurii pentru tratarea pacienților critici:** se vor face investiții în unități sanitare care tratează pacienți critici cu patologie vasculară cerebrală acută, politraumă și arsuri severe. Aceasta include extinderea, reabilitarea și dotarea a 12 unități sanitare pentru pacienți cu accident vascular cerebral și 10 unități pentru pacienți cardiaci critici. Un apel de proiecte specific domeniului rezilienței sistemului medical a fost lansat cu o valoare de 45,93 milioane de euro, cu termen de depunere 27 iunie 2025.
- (2) **Îmbunătățirea capacității de răspuns la bolile rare:** România are un deficit semnificativ de centre de expertiză pentru bolile rare, iar prevenirea și tratamentul acestor boli sunt adesea inadecvate. Prin această prioritate, se vor reabilita și dota 16 unități sanitare publice care îngrijesc pacienți cu boli rare și se vor dezvolta centre de genetică medicală și laboratoare specializate.
- (3) **Consolidarea capacității de supraveghere și control al bolilor transmisibile:** capacitatea României de a răspunde la epidemii și alte amenințări biologice este limitată. Se vor investi în laboratoarele naționale și regionale de sănătate publică, precum și în infrastructura publică a sistemului național de transfuzii, pentru a crește reziliența și eficacitatea sistemului de sănătate publică.
- (4) **Formarea continuă a personalului medical:** prin programe de formare continuă și dezvoltarea de module specifice la nivelul universităților de medicină, se va asigura o pregătire adecvată a personalului medical pentru a face față provocărilor din domeniile critice.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 22 de laboratoare de microbiologie, extinderea a două laboratoare naționale de referință și îmbunătățirea

infrastructurii sistemului național de transfuzii. De asemenea, se așteaptă formarea a peste 20.000 de persoane în domeniile critice, ceea ce va contribui la creșterea capacității de răspuns a sistemului medical.

Prioritatea 4: Investiții în infrastructuri spitalicești noi

Prioritatea 4 se concentrează pe continuarea și extinderea investițiilor în infrastructuri spitalicești noi, cu scopul de a asigura o distribuție mai echitabilă a serviciilor medicale între regiuni și județe. Această prioritate a dobândit o importanță suplimentară în 2025, ca urmare a transferului a 9 proiecte spitalicești din PNRR în cadrul programului POS, fapt care a condus la creșterea alocării efective a Priorității 4.

Cu o alocare inițială de 2,8 miliarde de euro, această prioritate include investiții în construcția și dotarea spitalelor regionale de urgență din Iași, Cluj și Craiova, construcția a șapte spitale noi județene și de monospecialitate, centre de transplant și alte unități sanitare de importanță regională, precum și adaptarea infrastructurii existente la cerințele moderne. Rata de cofinanțare FEDR a fost majorată la 85% pentru regiunile mai puțin dezvoltate prin Modificarea nr. 4 a programului, adoptată la 20 mai 2025 (MIPE, 2025c).

Un element major de noutate față de varianta anterioară a acestui studiu este lansarea, la data de 22 octombrie 2025, a unui ghid pentru un apel de proiecte cu un buget total de 589.098.244,26 euro, destinat celor 7 unități sanitare transferate din PNRR în POS: Spitalul Județean de Urgență Pitești, Spitalul Județean de Urgență Alba, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu, un spital din Vaslui, Spitalul de Boli Infecțioase Oradea, Institutul Regional de Oncologie Timișoara și Spitalul Municipal Bacău. Termenul de depunere a proiectelor este 30 ianuarie 2026 — 21 decembrie 2026 (MIPE, 2026b). Pe lângă aceste 7 unități, Comisia Europeană a aprobat transferul suplimentar a 522 de milioane de euro pentru alte 9 spitale aflate în construcție prin PNRR, acestea urmând să fie finalizate prin fondurile POS, conform anunțului ministrului Sănătății (Calea Europeana, 2026).

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ construcția și dotarea a trei spitale regionale de urgență și a șapte spitale noi, ceea ce va îmbunătăți semnificativ accesul la servicii medicale de calitate în regiunile mai puțin dezvoltate.

Prioritatea 5: Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical

România are nevoie de investiții semnificative în cercetarea medicală pentru a rămâne competitivă pe plan internațional și pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale. Cu o

alocare de 386 de milioane de euro, Prioritatea 5 se concentrează pe dezvoltarea cercetării în domenii esențiale precum bolile netransmisibile, genomică și vaccinuri. Principalele intervenții vizează:

- (1) finanțarea de operațiuni strategice predefinite în domenii critice, cum ar fi cancerul, genomica și dezvoltarea de vaccinuri;
- (2) proiecte de cercetare competitivă, printr-un mecanism competitiv de selecție, ce vor viza dezvoltarea și testarea de tehnologii avansate cu aplicabilitate în domeniul medical, încurajând colaborarea între mediul academic, sectorul public și cel privat;
- (3) sprijin pentru IMM-urile inovatoare care dezvoltă tehnologii inovative în domeniul medical, esențiale pentru creșterea investițiilor în noile tehnologii și pentru integrarea României în Spațiul de Cercetare European.

Rezultatele preconizate includ implementarea a trei operațiuni strategice de cercetare, sprijinirea a 128 de IMM-uri care vor introduce inovații în materie de produse sau procese, crearea a 140 de locuri de muncă noi și publicarea a 205 articole științifice.

Prioritatea 6: Digitalizarea sistemului medical

Digitalizarea sistemului de sănătate este crucială pentru îmbunătățirea eficienței și accesibilității serviciilor medicale în România. Cu o alocare de 228 de milioane de euro, Prioritatea 6 se concentrează pe dezvoltarea și implementarea de soluții integrate de e-sănătate, care vor facilita accesul pacienților la propriile date și vor îmbunătăți colectarea și analizarea datelor de sănătate la nivel național. Principalele intervenții prevăd înființarea Observatorului Național pentru Date în Sănătate (ONDS), care va asigura colectarea de date precise și actualizate privind starea de sănătate a populației, și implementarea de soluții integrate de e-sănătate la nivel național, care vor include sisteme de programare și trimitere, automatizarea proceselor administrative și monitorizarea pacienților cu boli cronice prin telemedicină.

Prioritatea 7: Măsuri care susțin domeniile oncologie și transplant

Oncologia și transplantul sunt două domenii critice care necesită investiții semnificative pentru a asigura că România poate oferi tratamente moderne și eficiente pentru pacienți. Prioritatea 7, cu o alocare de 570 de milioane de euro, vizează creșterea eficacității și rezilienței sistemelor de sănătate în aceste două domenii esențiale. Investițiile în domeniul oncologiei sunt direcționate către unități sanitare specializate în depistarea precoce, diagnosticarea și tratarea cancerului, incluzând dezvoltarea unui centru de excelență în protonoterapie, dotarea

institutelor oncologice naționale și regionale și crearea de laboratoare de genetică și anatomie patologică specializate. Un apel specific pentru oncologie a fost lansat cu o valoare de 55,15 milioane de euro pentru cancerul colorectal. În domeniul transplantului, se vor investi fonduri în dotarea și reabilitarea unităților sanitare acreditate, inclusiv prin dotarea cu sisteme ECMO și dezvoltarea unor centre de transplant multi-organ.

Aceste șapte priorități ale Programului Sănătate sunt fundamentale pentru transformarea sistemului de sănătate din România, prin îmbunătățirea accesului la servicii medicale, modernizarea infrastructurii și consolidarea capacităților de cercetare și inovare.

D.2. Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR)

PNRR este un instrument creat pentru a sprijini redresarea economică și socială post-pandemie în Uniunea Europeană. Planul național al României a fost aprobat inițial cu o alocare totală de aproximativ 29,2 miliarde de euro, împărțită în granturi nerambursabile (aproximativ 14,2 miliarde de euro) și împrumuturi (aproximativ 14,9 miliarde de euro). Ulterior, ca urmare a recalculării declinului real al PIB provocat de pandemia COVID-19, suma alocată României sub formă de granturi a fost redusă de la 14,2 miliarde de euro la 12,1 miliarde de euro.

Prin revizuirea aprobată de Comisia Europeană la 22 octombrie 2025 și confirmată de Consiliul ECOFIN la 13 noiembrie 2025, valoarea totală a PNRR al României a ajuns la 21,41 miliarde de euro, din care 13,57 miliarde de euro reprezintă granturi nerambursabile (suma integrală) și 7,84 miliarde de euro constituie împrumuturi (MIPE, 2025d). Numărul total de jaloane și ținte a fost redus de la 518 la 390. Până la finele lui 2025, România a încasat aproximativ 10,72 miliarde de euro din PNRR, iar a patra cerere de plată de 2,62 miliarde de euro, conținând 62 de jaloane și ținte depusă la 19 decembrie 2024, a fost avizată pozitiv de Comisie (Monitor PNRR, 2025).

Componenta 12 „Sănătate” a PNRR al României are un buget de 2.450,01 milioane de euro (ADR Centru, 2023). La această sumă se adaugă fonduri din componenta C7 „Transformare Digitală”, destinate digitalizării sistemului de sănătate, astfel încât bugetul total al investițiilor aferente sănătății finanțate prin PNRR (C12 + C7) se ridică la 7,23 miliarde de lei. Componenta 12 include trei reforme și două investiții majore, care vizează reducerea mortalității evitabile, eliminarea disparităților regionale și sociale în accesul la servicii medicale de bază și îmbunătățirea infrastructurii medicale.

În ceea ce privește gradul de absorbție al fondurilor PNRR pentru sănătate, ministrul interimar al Sănătății Cseke Attila a declarat, în cadrul conferinței de presă din 7-8 mai 2026, că plățile eligibile efectuate până la acea dată însumau 4,75 miliarde de lei, ceea ce reprezintă un grad de absorbție de aproximativ 66% din totalul de 7,23 miliarde de lei alocat pentru sănătate prin C12 și C7, cu 1.842 de contracte în finanțare (Curs de Guvernare, 2026). Alte declarații ministeriale, în special cele ale ministrului Alexandru Rogobete, indicau un grad de execuție superior, de 88% din fonduri, cu peste 9 miliarde de lei decontate din 10,3 miliarde de lei. Această diferență de raportare trebuie înțeleasă în contextul că ambele cifre provin din declarații de presă ale miniștrilor și nu dintr-un document unitar de monitorizare independent. Termenul-limită pentru finalizarea cheltuielilor PNRR este 31 august 2026.

Reforma 1: Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate

Această reformă urmărește creșterea eficienței cheltuielilor publice în sănătate prin modificări legislative și prin implementarea unui program-pilot de recompensare a furnizorilor de servicii medicale pe baza performanței. Prima sa componentă introduce un mecanism financiar care recompensează spitalele cu cei mai buni indicatori de calitate prin intermediul „Fondului pentru calitatea serviciilor medicale”, cu indicatori stabiliți de Ministerul Sănătății în colaborare cu alte agenții naționale și cu experți externi, cu extensia ulterioară la asistența ambulatorie și medicală primară. Cea de-a doua componentă constă în elaborarea unui nou contract-cadru pentru asistența medicală care va reglementa condițiile de acordare a serviciilor medicale și va contribui la reducerea nevoilor medicale nesatisfăcute ale populației. Termenul-limită pentru implementarea acestei reforme este 30 iunie 2026.

Reforma 2: Dezvoltarea capacității de investiții în infrastructura sanitară — Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS)

Scopul acestei reforme a fost crearea Agenției Naționale pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS), instituție înființată prin Ordonanța de Urgență nr. 76/2022, cu normele de organizare aprobate prin Hotărârea de Guvern nr. 785/2022 și Regulamentul de organizare și funcționare adoptat prin Ordinul nr. 2.340/2022 (Monitorul Oficial nr. 832 bis / 24 august 2022). ANDIS funcționează în subordinea Ministerului Sănătății și dispune de 80 de posturi (Formare Medicală, 2022). Regulamentul de organizare și funcționare a fost aprobat de Guvern (Politici de Sănătate, 2022). ANDIS are competență obligatorie pentru gestionarea celor trei spitale regionale de urgență din Iași, Cluj și Craiova și oferă expertiza tehnică necesară autorităților locale pentru proiectele de infrastructură sanitară. La începutul anului 2025,

conducerea agenției a fost schimbată, în contextul contestațiilor survenite la licitația pentru Spitalul Regional de Urgență Iași (Europa Liberă România, 2025b). Termenul inițial de implementare a acestei reforme a fost 30 iunie 2022.

Reforma 3: Dezvoltarea capacității pentru managementul serviciilor de sănătate și al resurselor umane

Această reformă este structurată în trei componente. Prima componentă vizează reforma managementului serviciilor de sănătate și consolidarea competențelor manageriale ale personalului din sectorul sănătății prin formare și prin crearea unui centru de excelență în managementul serviciilor de sănătate. A doua componentă urmărește dezvoltarea resurselor umane din sănătate prin construcția și dotarea a două centre de formare pentru personalul medical. A treia componentă se concentrează pe creșterea integrității și reducerea riscurilor de corupție în sistemul de sănătate, incluzând instruirea a 3.000 de persoane în domeniul integrității în sănătate și campanii de sensibilizare. Termenul de implementare pentru aceste reforme a fost 30 iunie 2025.

Investiția 1: Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești

Această investiție are ca obiectiv îmbunătățirea accesului la servicii medicale de bază în zonele rurale și marginalizate. Principalele subinvestiții prevăd:

- (1) renovarea sau dotarea a cel puțin 2.000 de cabinete medicale de familie;
- (2) achiziționarea a 10 caravane medicale echipate pentru screeninguri de cancer mamar și cervical în zonele cu acces limitat la servicii specializate;
- (3) reabilitarea sau modernizarea a cel puțin 30 de unități de asistență medicală ambulatorie din regiunile mai puțin dezvoltate, construcția sau renovarea a 200 de centre comunitare integrate pentru a spori accesul grupurilor vulnerabile la servicii medicale de calitate (cu o modificare în varianta revizuită a PNRR care a crescut această țintă de la 54 la 79 de centre cu finanțare prin grant);
- (4) reabilitarea și dotarea a 79 de cabinete de planificare familială pentru a oferi servicii de planificare familială și diagnosticare a bolilor cu transmitere sexuală.

Investiția 2: Dezvoltarea infrastructurii spitalicești publice — restructurarea majoră față de versiunea inițială

Aceasta este componenta PNRR care a suferit cele mai semnificative modificări față de versiunea inițială a planului, constituind totodată elementul de noutate central față de varianta anterioară a prezentului studiu. Inițial, PNRR prevedea construcția a 24 de spitale noi sau unități sanitare. Angajamentul revizuit din 2023 menționa construcția a cel puțin 19 unități sanitare publice. Prin revizuirea aprobată de Comisia Europeană la 22 octombrie 2025, numărul spitalelor care rămân finanțate prin mecanismul PNRR a fost redus la 8 spitale, cu o valoare totală de 535 de milioane de euro (Europa Liberă România, 2025a). Cele 8 spitale menținute prin PNRR sunt: Spitalul Regional de Urgență Cluj, Spitalul Regional de Urgență Craiova, Spitalul Județean Bistrița, Spitalul Județean Ilfov, Spitalul Județean Sibiu, un spital din București, Spitalul Județean Constanța și Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș. Dintre acestea, prin negocierile de revizuire au fost adăugate trei proiecte noi: Centrul „Zerlendi” (Spitalul Marius Nasta, București), Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sfântul Apostol Andrei” Constanța și Institutul Cardiovascular din Târgu Mureș, cu o finanțare totală de 260 de milioane de euro (Ziarul Financiar, 2025b).

Spitalele tăiate de pe lista PNRR, prin reducerea de la 19 la 8, sunt, printre altele, spitalele din Brașov, Lugoj și Piatra Neamț (Europa Liberă România, 2025a). Prin memorandum guvernamental, au fost reziliate aproximativ 140 de contracte, cu o valoare totală de 4,1 miliarde de lei (din care aproximativ 2,91 miliarde de lei reprezintă fonduri PNRR), vizând proiecte cu un grad de realizare sub 30%. Totodată, aproximativ 3.175 de proiecte cu o valoare de 9,6 miliarde de lei (din care 7,2 miliarde de lei reprezintă fonduri PNRR) au fost menținute. Cele 9 proiecte spitalicești transferate din PNRR în POS, cu o valoare de 522 de milioane de euro, vor fi finalizate prin Programul Sănătate, asigurând continuarea construcției lor, conform anunțului ministerial (Calea Europeana, 2026).

Alte modificări aduse componentei de sănătate prin revizuirea PNRR din octombrie 2025 includ reducerea numărului de spitale digitalizate prin grant de la 200 la cel puțin 100 (cu posibilitate de digitalizare a altor 50 prin împrumut), creșterea numărului de centre comunitare integrate de la 54 la 79 și eliminarea celor 12 ambulanțe de terapie intensivă neonatală (acestea urmând a fi finanțate din alte surse). Implementarea acestor investiții este planificată să se finalizeze în principal până la 31 august 2026, termenul-limită al PNRR.

Printre investițiile cu stadiu avansat de execuție la mai 2026 se numărau: extinderea Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița-Năsăud (92% realizat), clinica de neurochirurgie de la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca (96%), pavilionul de politraumă de la Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova (98,5%) și pavilionul similar de la Spitalul Clinic Județean

de Urgență Sibiu (83%), conform comunicatului Ministerului Sănătății din 7 mai 2026 (AgerPres, 2026).

3. Împrumuturi de la Banca Europeană de Investiții (BEI)

Banca Europeană de Investiții (BEI) a susținut semnificativ modernizarea sistemului de sănătate din România prin împrumuturi dedicate celor trei spitale regionale de urgență, care reprezintă cele mai ambițioase proiecte de infrastructură medicală ale țării. Toate trei proiectele sunt gestionate de Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS), care are competență exclusivă în coordonarea lor (ANDIS, 2024b, 2024c, 2024a). Cele trei împrumuturi BEI, cu o valoare totală de 923 de milioane de euro (250 + 305 + 368 milioane de euro), sunt complementare finanțărilor din bugetul de stat și din programele europene.

Spitalul Regional de Urgență Iași

Banca Europeană de Investiții a acordat un împrumut de 250 de milioane de euro pentru construcția noului Spital Regional de Urgență din Iași, semnat în aprilie 2021, reprezentând la momentul semnării cel mai mare împrumut BEI pentru sănătate din istoria României, cu o durată de 27 de ani. Costul total estimat al proiectului este de aproximativ 421 de milioane de euro, BEI acoperind 59,4% din acesta, restul de 170,9 milioane de euro provenind din bugetul de stat și fonduri nerambursabile. Noul spital va dispune de 850 de paturi, distribuite pe 7 etaje, și va înlocui actualul Spital „Sfântul Spiridon”, care are o istorie de peste 260 de ani, urmând să deservească 3,2 milioane de locuitori din nord-estul României și să sprijine cercetarea medicală și educația universitară din regiune (BEI, 2021).

Din punct de vedere al stadiului implementării, contractul de finanțare și Pachetul I de lucrări au fost semnate în martie 2024, iar ceremonia oficială de începere a lucrărilor a avut loc în aprilie 2024. Licitația principală, cu o valoare de peste 360 de milioane de euro, a fost adjudecată în decembrie 2024, însă a fost urmată de o contestație depusă la începutul anului 2025, care a generat o pauză în derularea procedurilor (Europa Liberă România, 2025b). Contractul de lucrări corespunzând Pachetului 2 a fost semnat la 17 octombrie 2025.

Spitalul Regional de Urgență Cluj-Napoca

Ministerul Finanțelor Publice a aprobat în ianuarie 2022 contractarea unui împrumut de la Banca Europeană de Investiții de 305 milioane de euro pentru construcția noului Spital Regional de Urgență din Cluj-Napoca (SeeNews, 2022). Valoarea împrumutului BEI

reprezintă aproximativ 67% din costul net al proiectului, estimat la 454,4 milioane de euro, diferența de 150,4 milioane de euro urmând a fi asigurată din bugetul de stat și fonduri nerambursabile. Noul spital va dispune de 744 de paturi pentru pacienți acuți și 105 paturi de ATI, și va oferi servicii medicale de înaltă complexitate întregii regiuni Transilvania.

Din punct de vedere al stadiului implementării, proiectul se află în continuare în faze avansate de proceduri de achiziție publică, la licitația organizată în 2024 înregistrându-se 9 oferte depuse, al căror proces de evaluare este în curs (Ziarul Financiar, 2025a). Contestațiile și evaluarea ofertelor reprezintă, la data actualizării prezentului studiu, principalii factori care influențează calendarul proiectului.

Spitalul Regional de Urgență Craiova

Ministerul Finanțelor Publice a primit de la Banca Europeană de Investiții un împrumut de 368 de milioane de euro pentru construcția noului Spital Regional de Urgență din Craiova. Contractul a fost semnat la București pe 6 aprilie 2022 și la Luxemburg pe 11 aprilie 2022. Această sumă reprezintă o corecție importantă față de datele menționate în varianta anterioară a prezentului studiu, care indica eronat valoarea de 229 de milioane de euro. Valoarea reală, de 368 de milioane de euro, a fost confirmată oficial de Ministerul Finanțelor (Ministerul Finanțelor, 2022). Împrumutul BEI acoperă aproximativ 73% din costul net al investiției, estimat la 602,74 milioane de euro, costul total al proiectului (inclusiv TVA) situându-se în jurul valorii de 750 de milioane de euro, respectiv 3,7 miliarde de lei. Vicepreședintele BEI Christian Kettel Thomsen a calificat acest împrumut drept „cel mai mare acordat vreodată pentru investiții în domeniul sănătății în România”. Noul spital va dispune de 807 paturi și va oferi servicii medicale moderne populației din sudul și sud-vestul României.

Spitalul Regional de Urgență Craiova este, din perspectiva stadiului de implementare, cel mai avansat dintre cele trei spitale regionale. Contractul de execuție a lucrărilor a fost atribuit unui consorțiu 100% autohton condus de Construcții Erbașu, în asociere cu Concelex, Con-A Operations și Bog'Art, cu o valoare a contractului de 1,87 miliarde de lei fără TVA. Autorizația de construire a fost emisă în februarie 2025, lucrările de construcție efectivă au demarat în aprilie 2025, stadiul de execuție depășind 10% în luna august 2025 (Ziarul Financiar, 2025a). Finalizarea proiectului este estimată pentru anul 2028.

În mod complementar față de cele trei spitale regionale, BEI a acordat în trecut și alte împrumuturi pentru sănătate în România, inclusiv un împrumut de 25 de milioane de euro pentru compania Antibiotice Iași, destinat modernizării producției de medicamente.

4. Împrumuturi de la Banca Mondială

Banca Mondială (BM) sprijină modernizarea sistemului de sănătate din România în principal prin proiectul „Health Sector Reform — Improving Health System Quality and Efficiency”, al cărui obiectiv central este creșterea calității și eficienței sistemului sanitar. Proiectul-parent (identificat în documentele Băncii Mondiale cu codul P145174), cu un împrumut IBRD 8362-RO de 250 de milioane de euro (echivalent a 338,8 milioane de dolari SUA), a fost aprobat de Consiliul Director al Băncii Mondiale la 28 martie 2014 și a intrat în vigoare la 22 ianuarie 2015, conform documentului de proiect publicat de Banca Mondială (World Bank, 2021).

O finanțare adițională (cod P175632), în valoare de 150 de milioane de euro (echivalent a 176 de milioane de dolari SUA), împrumut 9253-RO, a fost aprobată la 4 iunie 2021, aducând valoarea totală a proiectului la 400 de milioane de euro. Aceasta reprezintă corecția față de varianta anterioară a prezentului studiu, care menționa extinderea din 2021 fără a detalia valoarea totală cumulată a proiectului. Implementarea este asigurată de Unitatea de Management al Proiectului Băncii Mondiale (UMPBM) din cadrul Ministerului Sănătății. Principalele componente finanțate prin acest proiect sunt:

- (1) întărirea serviciilor de sănătate, prin echipamente pentru departamentele de urgență, ATI, imagistică, radioterapie și unități mobile de screening;
- (2) guvernanta și consolidarea capacității sistemului, cu finanțare de 3,2 milioane de euro din Finanțarea Adițională pentru standarde, protocoale și evaluări de tehnologie medicală (HTA);
- (3) managementul proiectului;
- (4) răspuns de urgență la COVID-19.

Cea mai vizibilă realizare concretă a proiectului este construcția a trei centre de excelență pentru tratamentul pacienților cu arsuri severe (mari arși), în orașele Timișoara, Târgu Mureș și București (la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”), cu un cost total revizuit de aproximativ 163,9 milioane de euro (World Bank, 2021). Stadiul construcției acestor centre, raportat în cursul anului 2025, indica un avans considerabil:

- (1) centrul din Timișoara se apropia de finalizare (aproximativ 97% realizat, investiție de 430 de milioane de lei), cu o dată-țintă de operaționalizare la finele lui 2025;
- (2) centrul din Târgu Mureș se afla la 85% din stadiul de execuție (531 de milioane de lei), cu operaționalizare vizată în 2026;

(3) centrul din București de la Spitalul „Grigore Alexandrescu” era realizat în proporție de circa 51% (487 de milioane de lei).

Proiectul Băncii Mondiale finanțează, de asemenea, echipamente de screening pentru cancerul de col uterin, un sistem de telemedicină și alte componente de modernizare a infrastructurii de sănătate. Data de închidere a proiectului a fost extinsă la 31 decembrie 2024, însă rapoartele interne de implementare (ISR) indică faptul că proiectul rămâne activ în 2026, activitățile de construcție la centrele pentru mari arși continuând.

Un proiect complementar al Băncii Mondiale relevant pentru România este „Romania Health Program-for-Results” (cod P169927), în valoare de 500 de milioane de euro (echivalent a 557,2 milioane de dolari SUA), aprobat la 17 septembrie 2019 (World Bank, 2019). Împrumuturile de politici de dezvoltare contractate de România de la Banca Mondială în 2024 (599,1 milioane de euro) și 2025 (650 de milioane de dolari SUA) sunt instrumente de sprijin bugetar general și fiscal, nu instrumente dedicate sănătății, și nu trebuie confundate cu finanțările sectoriale.

5. Alte surse de finanțare internaționale — EU4Health, Horizon Europe și fondurile de coeziune

Pe lângă instrumentele principale descrise anterior, sectorul sănătății din România are acces la mai multe surse complementare de finanțare europeană, cu caracter tematic sau concurențial, care merită menționate în contextul tabloului complet al finanțărilor internaționale.

Programul EU4Health 2021-2027

EU4Health este primul program european dedicat exclusiv sănătății, cu un buget inițial de 5,3 miliarde de euro pentru perioada 2021-2027, redus la 4,4 miliarde de euro ulterior revizuirii Cadrului Financiar Multianual 2021-2027 (European Commission, 2026b). Programul este implementat de Agenția Executivă Europeană pentru Sănătate și Digital (HaDEA) și finanțează acțiuni destinate consolidării sistemelor de sănătate, promovării sănătății, prevenirii bolilor și pregătirii pentru crize sanitare. Programul de lucru pentru 2024 a dispus de un buget de 752,5 milioane de euro, adoptat la 5 decembrie 2023.

Entitățile românești (institute de sănătate publică, spitale universitare, universități de medicină, autorități de sănătate publică) participă în calitate de parteneri în consorții internaționale finanțate prin apelurile EU4Health. Un exemplu concret este proiectul RO-MI-LR-DR, cu demarare în 2026, care urmărește dezvoltarea de servicii digitale pentru imagini medicale, rezultate de laborator și scrisori de externare în România, finanțat în cadrul apelurilor

EU4Health 2024 pentru sănătate digitală, în contextul implementării Spațiului European al Datelor de Sănătate (EHDS). România beneficiază, de asemenea, de 70 de proiecte oncologice cofinanțate prin EU4Health în cadrul Planului European de Combatere a Cancerului (Economistul, 2026).

Horizon Europe — Cluster 1 „Sănătate”

Programul-cadru european pentru cercetare și inovare Horizon Europe (2021-2027) finanțează, prin Clusterul 1 „Sănătate”, cercetări în domenii esențiale precum oncologia, bolile rare, bolile infecțioase, sănătatea mintală și îmbătrânirea activă. Entitățile românești pot participa în calitate de parteneri sau coordonatori în proiecte internaționale de cercetare finanțate prin apelurile competitive ale programului (European Commission, 2026a). Cele trei instrumente europene complementare în oncologie (Planul European de Combatere a Cancerului, Misiunea pentru Cancer din Horizon Europe și EU4Health) creează un cadru integrat de finanțare a cercetării și inovării în domeniu, la care se adaugă la nivel național Prioritatea 5 și Prioritatea 7 din Programul Sănătate (Cancer Plan România, 2022).

Fondurile de coeziune — FEDR și FSE+ în afara Programului Sănătate

Pe lângă finanțările directe prin Programul Sănătate, unele investiții cu impact asupra sistemului de sănătate pot fi accesate prin Programele Regionale (fostele Programe Operaționale Regionale), care pot finanța infrastructura de sănătate la scală locală, sau prin alte programe operaționale. Cadrul total al Politicii de Coeziune 2021-2027 alocat României depășește 44,43 miliarde de euro prin 16 programe operaționale, din care Programul Sănătate este dedicat în exclusivitate sectorului medical (MIPE, 2025a).

Concluzii privind programele europene și sursele de finanțare internaționale dedicate sănătății

Programele de finanțare europene și internaționale dedicate sănătății, cum ar fi PNRR și Programul Sănătate (POS), oferă României oportunități semnificative pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare și îmbunătățirea accesului la servicii medicale de calitate. Aceste fonduri, dacă sunt gestionate eficient, au potențialul de a transforma sistemul de sănătate din România, asigurând o îngrijire mai echitabilă și de înaltă calitate pentru toți cetățenii. Față de varianta anterioară a acestui studiu, principalele noutăți structurale constau în:

- (1) restructurarea profundă a componentei PNRR de la 24 de spitale inițial planificate la 8 finanțate efectiv prin PNRR, cu transferul a 9 proiecte spitalicești în Programul Sănătate;
- (2) corecția valorii împrumutului BEI pentru Spitalul Regional de Urgență Craiova (368 milioane de euro, nu 229 milioane de euro, și semnat în 2022, nu 2023);
- (3) adăugarea împrumutului BEI de 305 milioane de euro pentru Spitalul Regional Cluj-Napoca, absent din varianta anterioară a studiului;
- (4) actualizarea bugetului Componentei 12 la 2.450,01 milioane de euro;
- (5) lansarea efectivă a apelurilor de proiecte POS în 2025, cu valori concrete cunoscute;
- (6) includerea unor surse de finanțare complementare, respectiv EU4Health și Horizon Europe, care nu fuseseră tratate anterior.

Realizarea efectivă a proiectelor finanțate din aceste surse va depinde în continuare de capacitatea administrativă a beneficiarilor, de abilitatea de a evita sau soluționa rapid contestațiile la procedurile de achiziție publică și de respectarea termenelor strânse impuse de mecanismele de finanțare, în special de termenul-limită al PNRR din 31 august 2026.

Concluzii și Recomandări

Concluzii

Analiza integrată a surselor de finanțare și a cheltuielilor curente cu sănătatea pentru perioada 2023–2025 evidențiază una dintre cele mai importante schimbări structurale produse în ultimii ani în sistemul sanitar românesc. Dacă în ediția precedentă a raportului principalul mesaj era subfinanțarea sistemului și dependența accentuată a FNUASS de transferurile de la bugetul de stat, datele aferente anului 2025 arată că sistemul începe să se consolideze pe baza principiilor specifice unui sistem de asigurări sociale de sănătate.

Cheltuielile curente totale cu sănătatea au crescut de la 99,2 miliarde RON în anul 2023 la aproape 128 miliarde RON în 2025, respectiv cu 28,8 miliarde RON (+29%), ajungând la 6,68% din PIB și la 1.319 euro/locuitor. În același timp, cheltuielile publice au ajuns la 92,1 miliarde RON (72%), iar cele private la 35,9 miliarde RON (28%), confirmând consolidarea rolului finanțării publice, fără eliminarea dependenței de resursele private.

Cea mai importantă modificare structurală identificată în această ediție este creșterea rolului contribuției de asigurări sociale de sănătate (CASS). Veniturile provenite din CASS au crescut de la 42,1 miliarde RON la 65,5 miliarde RON (+55,4%), iar ponderea acestora în finanțarea întregului sistem de sănătate a crescut de la 42,5% în 2023 la 51,2% în 2025. Pentru prima dată, contribuțiile sociale finanțează peste jumătate din cheltuielile curente cu sănătatea, ceea ce reprezintă o apropiere de modelul clasic al sistemelor de asigurări sociale europene.

Această evoluție a fost posibilă fără majorarea cotei CASS, fiind determinată în principal de extinderea bazei de contribuabili, eliminarea unor exceptări de la plata contribuției și creșterea salariului mediu brut din economie. Rezultatele demonstrează că sustenabilitatea financiară a sistemului poate fi îmbunătățită prin lărgirea bazei de finanțare și prin dezvoltarea economiei, nu exclusiv prin creșterea nivelului contribuției.

În paralel, dependența FNUASS de subvențiile de echilibrare acordate de la bugetul de stat s-a redus semnificativ. Acestea au scăzut de la 8,94 miliarde RON în 2023 la 6,40 miliarde RON în 2025 (-28,4%), iar ponderea lor în totalul cheltuielilor cu sănătatea s-a diminuat de la 9,0% la 5,0%. Această evoluție reprezintă un pas important către creșterea autonomiei financiare și a predictibilității fondului.

În ceea ce privește protecția financiară a populației, rezultatele sunt încurajatoare, însă trebuie interpretate cu prudență. Recalcularea plăților directe (Out-of-Pocket – OOP), pe baza unei metodologii semnificativ îmbunătățite, a evidențiat că acestea au atins 33,64 miliarde RON în anul 2025, cu aproximativ 4 miliarde RON (+13,4%) peste nivelul estimat pentru anul 2023. Cu toate acestea, deoarece finanțarea publică a crescut într-un ritm considerabil mai accelerat, ponderea OOP în totalul cheltuielilor cu sănătatea s-a redus de la 29,9% la 26,3%. Acest rezultat arată că, deși pacienții continuă să suporte o povară financiară importantă, ritmul de transfer al costurilor către populație începe să încetinească.

Analiza structurii cheltuielilor arată că această evoluție este determinată în special de creșterea finanțării publice pentru medicamente și servicii medicale. În anul 2025, FNUASS a finanțat produse farmaceutice și dispozitive medicale în valoare de peste 27,1 miliarde RON, în timp ce plățile directe ale populației pentru aceeași categorie au fost estimate la 16,75 miliarde RON. Creșterea finanțării publice a limitat astfel transferarea integrală a majorării costurilor către pacienți și a contribuit la reducerea ponderii OOP în cheltuiala totală.

Cu toate acestea, România continuă să se situeze printre statele europene cu cele mai ridicate niveluri ale plăților directe. Aproape 94% din cheltuielile private cu sănătatea sunt reprezentate de plăți efectuate direct de pacienți, în timp ce asigurările voluntare și abonamentele reprezintă împreună doar aproximativ 6% din finanțarea privată. Acest lucru arată că mecanismele de protecție financiară bazate pe preplată rămân insuficient dezvoltate, iar accesul la servicii medicale continuă să depindă într-o măsură importantă de posibilitățile materiale ale populației.

În același timp, analiza demonstrează că simpla creștere a finanțării nu este suficientă. România alocă deja resurse semnificativ mai mari decât în urmă cu doi ani, însă structura cheltuielilor rămâne orientată predominant către tratamentul bolii. Aproximativ 70% din toate resursele financiare continuă să fie concentrate în serviciile spitalicești și în produsele farmaceutice, în timp ce serviciile ambulatorii reprezintă doar un sfert din totalul cheltuielilor. Prin urmare, provocarea următorului deceniu nu mai este exclusiv creșterea veniturilor FNUASS, ci utilizarea lor într-un mod care să genereze câștiguri reale de sănătate pentru populație.

Recomandări privind consolidarea veniturilor FNUASS

Rezultatele raportului demonstrează că cea mai eficientă modalitate de consolidare a finanțării sănătății nu este majorarea cotei contribuției, ci extinderea bazei de contribuție și reducerea excepțiilor.

Autorii recomandă următoarele direcții de reformă:

1. Continuarea extinderii bazei de contribuabili.

Reevaluarea facilităților și exceptărilor existente trebuie să reprezinte o prioritate. În acest context, pragul actual de 3.000 RON aplicabil contribuției datorate de pensionari ar trebui reevaluat periodic în funcție de evoluția pensiei medii și a capacității financiare a sistemului. După cum s-a arătat în capitolul dedicat FNUASS, menținerea acestui prag conduce la neîncasarea anuală a aproximativ 13 miliarde RON, resurse care ar putea reduce semnificativ subfinanțarea sistemului.

2. Rezolvarea problemei persoanelor neasigurate.

România continuă să aibă una dintre cele mai reduse baze contributive din Uniunea Europeană. Extinderea gradului de asigurare trebuie să reprezinte o prioritate atât din perspectiva echității sociale, cât și a sustenabilității financiare a sistemului.

3. Separarea clară între politica socială și finanțarea asigurărilor sociale de sănătate.

Pentru categoriile pe care statul decide să le exonereze de la plata contribuției (cu excepția copiilor), costul acestor politici sociale ar trebui acoperit explicit prin transferuri dedicate de la bugetul de stat și nu prin diminuarea resurselor FNUASS. O asemenea abordare ar elimina dependența de subvențiile de echilibrare și ar permite o planificare financiară multianuală.

4. Dezvoltarea mecanismelor de finanțare voluntară.

Asigurările medicale voluntare și abonamentele de servicii medicale reprezintă împreună doar aproximativ 1,6% din totalul cheltuielilor cu sănătatea, ceea ce indică un potențial important de dezvoltare. Extinderea acestui segment poate diversifica sursele de finanțare, reduce presiunea asupra finanțării publice și, mai ales, poate transforma o parte din plățile directe ale populației în mecanisme de finanțare predictibile, cu o protecție financiară mai bună a pacientului. Dezvoltarea pieței presupune însă îndepărtarea unor obstacole structurale. Pachetul de bază foarte extins și insuficient delimitat reduce spațiul pentru definirea unor produse complementare clare și atractive. În același timp, eliminarea diferențelor de finanțare

dintre spitalele publice și cele private, care limitează dezvoltarea unei piețe în care ambele categorii de furnizori să poată oferi servicii finanțabile prin asigurări medicale voluntare. Nu în ultimul rând, dezvoltarea segmentului individual (retail) ar putea fi stimulată prin facilități fiscale adresate direct persoanelor fizice, reducând astfel dependența acestui mecanism de finanțare de angajatori și de evoluția ciclului economic.

5. Creșterea implicării autorităților locale.

Analiza prezentată în acest raport confirmă că autoritățile locale continuă să aibă un rol marginal în finanțarea sănătății, contribuind cu numai 0,5% din totalul cheltuielilor curente. Deși principala responsabilitate a acestora ar trebui să rămână investițiile și cheltuielile de capital, implicarea în susținerea cheltuielilor curente este necesară, în special în perioade marcate de creșteri importante ale costurilor cu utilitățile și întreținerea infrastructurii sanitare.

Recomandări privind utilizarea eficientă a resurselor suplimentare:

Creșterea veniturilor FNUASS din următorii ani trebuie însoțită de o strategie națională coerentă de utilizare a resurselor. Obiectivul nu trebuie să fie doar creșterea cheltuielilor, ci transformarea acestora în rezultate măsurabile pentru sănătatea populației.

Autorii propun următoarele priorități:

1. Reforma finanțării spitalelor

Reforma mecanismului de finanțare a spitalelor reprezintă cea mai importantă măsură structurală necesară în perioada următoare. Metodologia propusă de autori, bazată pe recalcularea tarifelor și eliminarea influențelor salariale și a altor forme de subvenții integrate artificial în tarifele serviciilor medicale, permite revenirea la principiul fundamental al asigurărilor sociale de sănătate: FNUASS finanțează servicii medicale, nu salarii (Anagnoste et al., 2025).

2. Reorganizarea rețelei spitalicești

Analiza cheltuielilor totale arată că serviciile spitalicești concentrează aproape 46 miliarde RON, reprezentând cea mai importantă categorie de cheltuieli. Reorganizarea rețelei spitalicești trebuie să fie precedată de o analiză riguroasă a spitalelor publice, realizată la toate nivelurile – național, regional și județean, dar și la nivelul fiecărui spital, până la nivelul granular al secțiilor și compartimentelor. O astfel de abordare, similară celei utilizate în studiul realizat anterior de același colectiv de autori (Anagnoste et al., 2025), permite identificarea

diferențelor de utilizare, performanță și necesar de servicii care nu sunt vizibile în analizele agregate. Pe baza acestei evaluări pot fi fundamentate reducerea graduală a paturilor de acuity insuficient utilizate, transformarea acestora în paturi pentru îngrijiri cronice, recuperare și paliative, precum și dezvoltarea ambulatoriilor integrate, astfel încât reorganizarea să răspundă nevoilor reale de servicii și particularităților fiecărui teritoriu și fiecărei unități sanitare.

3. Continuarea dezvoltării medicinei primare și a ambulatoriului

Inversarea piramidei serviciilor medicale trebuie să rămână un obiectiv strategic. Dezvoltarea medicinei de familie, a ambulatoriului clinic și a serviciilor comunitare poate reduce presiunea asupra spitalelor, îmbunătăți prevenția și utiliza mai eficient resursele disponibile.

4. Creșterea investițiilor în medicamente și tehnologii medicale

Datele raportului sugerează că investițiile în medicamente reprezintă una dintre cele mai eficiente modalități de reducere a poverii financiare asupra populației. Extinderea accesului la molecule inovatoare și la terapii moderne trebuie să continue, concomitent cu actualizarea mecanismelor de evaluare și compensare.

5. Finanțarea bazată pe rezultate

O parte din creșterea viitoare a finanțării ar trebui orientată către mecanisme care recompensează rezultatele clinice, calitatea serviciilor, experiența pacienților și eficiența utilizării resurselor, utilizând indicatori standardizați, registre clinice și instrumente de tip PROMs și PREMs.

6. Dezvoltarea infrastructurii naționale de analiză a datelor

România are nevoie de o infrastructură modernă care să permită monitorizarea în timp real a fluxurilor financiare și evaluarea impactului fiecărei politici publice asupra performanței sistemului de sănătate. Datele trebuie să devină un instrument de management și fundamentare a deciziilor, nu doar de raportare administrativă.

Recomandări privind transparența și guvernanta datelor:

Realizarea celei de-a doua ediții a raportului *“Transparența banilor în sistemul de sănătate românesc”* s-a dovedit la fel de dificilă ca elaborarea primei ediții. Deși disponibilitatea unor date administrative a crescut, acestea continuă să fie fragmentate între instituții, să utilizeze clasificări diferite și să fie publicate în formate care nu permit agregarea și analiza automată.

Estimarea plăților directe ale populației (*Out-of-Pocket*) ilustrează cel mai bine aceste dificultăți metodologice. Pentru realizarea unei singure estimări au fost necesare corelarea informațiilor provenite din Ministerul Finanțelor, sistemul național RO e-Factura, cele 42 de case de asigurări de sănătate, Autoritatea de Supraveghere Financiară, organizații profesionale și alte baze administrative. Chiar și în aceste condiții au fost necesare numeroase ipoteze metodologice privind estimarea cifrei de afaceri pentru microîntreprinderi, operatorii economici fără coduri CAEN asociabile, cabinetele medicale individuale și persoanele fizice autorizate, tranzacțiile dintre operatorii economici, aplicarea cotelor diferențiate de TVA și alocarea cheltuielilor între diferitele categorii de servicii medicale.

Aceste limitări nu reprezintă doar dificultăți de cercetare, ci reflectă lipsa unei infrastructuri naționale integrate de date privind finanțarea sănătății. Indicatori fundamentali precum cheltuielile totale cu sănătatea, plățile directe ale populației sau distribuția finanțării între sectorul public și cel privat nu ar trebui estimați prin agregarea manuală a unor surse disperate, ci generați automat din sistemele administrative existente.

Digitalizarea administrației publice trebuie să urmărească interoperabilitatea bazelor de date, standardizarea clasificărilor financiare și publicarea anuală a execuțiilor bugetare într-un format deschis și reutilizabil. Într-un sistem matur, expertiza specialiștilor trebuie orientată către analiza și interpretarea datelor și către fundamentarea politicilor publice, nu către identificarea, reconcilierea și curățarea informațiilor provenite din surse multiple.

Rezultatele prezentate în această ediție demonstrează că România dispune de un potențial real de consolidare a finanțării sistemului de sănătate. Evoluțiile din perioada 2023-2025 arată că extinderea bazei de contribuție și creșterea veniturilor FNUASS au produs efecte pozitive atât asupra sustenabilității financiare a sistemului, cât și asupra reducerii relative a poverii suportate direct de pacienți. Totodată, schimbarea structurii finanțării, prin creșterea ponderii contribuțiilor sociale și reducerea dependenței de subvențiile de echilibrare, reprezintă probabil cea mai importantă transformare identificată în această ediție a raportului.

În același timp, **analiza arată că România rămâne încă departe de nivelul de protecție financiară și de investiție în sănătate caracteristic statelor dezvoltate ale Uniunii Europene.** Peste un sfert din cheltuielile cu sănătatea continuă să fie suportate direct de pacienți, mecanismele voluntare de preplată sunt insuficient dezvoltate, iar structura cheltuielilor rămâne orientată predominant către tratamentul bolii.

În perioada următoare, **principala provocare nu va mai fi exclusiv identificarea unor resurse suplimentare, ci utilizarea inteligentă și eficientă a acestora.** Reforma finanțării spitalelor, reorganizarea rețelei sanitare, dezvoltarea medicinei primare și a ambulatoriului, extinderea accesului la tratamente moderne și consolidarea transparenței financiare trebuie să transforme creșterea bugetelor într-o îmbunătățire reală a stării de sănătate a populației. Numai prin asocierea unei finanțări sustenabile cu reforme structurale și cu politici bazate pe date va putea fi redusă povara financiară asupra pacienților și apropiat sistemul de sănătate românesc de standardele europene.

Bibliografie

1. Iasig. (2025). *Piata asigurarilor de sanatate a crescut cu 25% si a depasit pragul de 1 mld. Lei in 2024. Top jucatori*. <https://www.iasig.ro/Piata-asigurarilor-de-sanatate-a-crescut-cu-25-si-a-depasit-pragul-de-1-mld-lei-in-2024-Top-jucatori-articol-100-73301.htm>
2. Iasig. (2026). *TOP 10 asiguratorii de sanatate: Duel strans in fruntea pietei*. <https://www.iasig.ro/TOP-10-asiguratorii-de-sanatate-duel-strans-in-fruntea-pietei-articol-100-74668.htm>
3. ADR Centru. (2023). *Componenta 12 – Sănătate*. <https://www.adrcentru.ro/pnrr-componenta12-sanatate/>
4. ADR Centru. (2025). *Programul Sănătate 2021-2027: Investiții în infrastructura unităților care furnizează servicii de paliativitate*. <https://www.adrcentru.ro/ps-centru/ps-implementare/ps-ghiduri-lansate/servicii-de-paliativitate/>
5. ADR Nord-Est. (2025). *Programul Sănătate*. <https://www.adrnordest.ro/ce-ofirim/programul-sanatate/>
6. ADR Sud Muntenia. (2024). *Programul Sănătate*. <https://www.adrmuntenia.ro/programul-sanatate-20212027/static/1759>
7. ADR Vest. (2026). *Programul Sănătate*. <https://adrvest.ro/programul-sanatate/>
8. AgerPres. (2026). *Comunicat de presă—Ministerul Sănătății*. <https://agerpres.ro/comunicate/2026/05/07/comunicat-de-presa---ministerul-sanatatii--1553831>
9. Anagnoste, S., Istudor, N., Stamule, T., Anghel, I., Dumitrescu, B.A., Georgescu, G.C., Alexandru, A., Strat, V.A., Garofil, D.N. and Comșa, R.-B. (2024) *Transparența banilor din sistemul medical românesc*. București: Editura ASE. Available at: Applied Research – ASE (Accessed: 19 July 2026).
10. Anagnoste, S., Istudor, N., Stamule, T., Dima, A.M., Strat, V.A., Badiu, I., Rotaru, C.G., Comșa, R.-B. and Garofil, D.N. (2025). *Analiza performanței economice și operaționale în sistemul de sănătate*. București: Academia de Studii Economice din București. <https://www.applied-research.ase.ro/wp-content/uploads/2025/07/Analiza-performantei-economice-si-operationale-in-sistemul-de-sanatate-1.pdf>
11. ANDIS. (2024a). *Spitalul Regional de Urgență Cluj*. <https://andis.gov.ro/1/spitalul-regional-cluj/>
12. ANDIS. (2024b). *Spitalul Regional de Urgență Craiova*. <https://andis.gov.ro/1/spitalul-regional-craiova/>

13. ANDIS. (2024c). *Spitalul Regional de Urgență Iași*. <https://andis.gov.ro/1/spitalul-regional-iasi/>
14. ASF. (2026). *EVOLUȚIA PIEȚEI ASIGURĂRILOR ÎN ANUL 2025*. <https://www.asfromania.ro/uploads/articole/attachments/69d743f678009576041098.pdf>
15. BEI. (2021). *BEI semnează un împrumut în valoare de 250 milioane EUR pentru un nou spital regional în Iași și confirmă sprijinul viitor pentru investițiile în sistemul de sănătate din România*. <https://www.eib.org/en/press/all/2021-132-eib-agrees-eur-250-million-loan-for-new-regional-hospital-in-iasi-and-confirms-future-support-for-healthcare-investment-across-romania?lang=ro>
16. Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. and Busse, R. (2020). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(6), pp. i–273.
17. Bundesministerium für Gesundheit. (2025). Beitragsbemessungsgrenze. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/beitragsbemessungsgrenze/seite>
18. Calea Europeana. (2026). *Rogobete: Comisia Europeană a aprobat transferul a 522 de milioane de euro din PNRR în Programul Sănătate pentru nouă spitale din România aflate în construcție*. <https://www.caleaeuropeana.ro/rogobete-comisia-europeana-a-aprobat-transferul-a-522-de-milioane-de-euro-din-pnrr-in-programul-sanatate-pentru-noua-spitale-din-romania-aflate-in-construcție/>
19. Cancer Plan România. (2022). *Oportunități de finanțare pentru investiții în oncologie – instrumente europene și naționale*. <https://cancer-plan.ro/oportunitati-de-finantare-pentru-investitii-in-oncologie-instrumente-europene-si-nationale/>
20. Curs de Guvernare. (2026). *Gradul de absorbție a fondurilor PNRR pentru Sănătate – 66%. Un spital din cele 8 nu va fi construit la termen*. <https://cursdegovernare.ro/gradul-absorbtie-fondurilor-pnrr-pentru-sanatate-66.html>
21. Economistul. (2026). *Uniunea Europeană finanțează 58 de proiecte pentru reducerea inegalităților în prevenirea și tratarea cancerului*. <https://www.economistul.ro/2eu-brussels/uniunea-europeana-finanteaza-58-de-proiecte-pentru-reducerea-inegalitatilor-in-prevenirea-si-tratarea-cancerului-98929/>
22. Europa Liberă România. (2024). *România în care patru milioane de oameni nu au voie să se îmbolnăvească. Jumătate dintre comune nu au medic permanent*. <https://romania.europalibera.org/a/tara-in-service-romania-comune-fara-medic/32812235.html>

23. Europa Liberă România. (2025a). *Câte spitale mai poate construi România prin PNRR? 12 sau 8? Spitalele din Brașov, Lugoj și Neamț, tăiate de pe listă*. <https://romania.europalibera.org/a/romania-pierde-bani-pentru-spitale-din-pnrr/33475974.html>
24. Europa Liberă România. (2025b). *Start și apoi pauză pentru spitalele regionale: Licitatie de 360 de milioane de euro, contestată. Președintele Agenției, schimbat*. <https://romania.europalibera.org/a/spitale-regionale-de-urgenta-licitatie-iasi-contestatie-andis/33285244.html>
25. European Commission. (2025). *State of Health in the EU. Romania—Country Health Profile 2025*.
26. European Commission. (2026a). *Cluster 1: Health*. https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/cluster-1-health_en
27. European Commission. (2026b). *EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union*. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
28. Eurostat. (2025). *10% of the EU's GDP went to healthcare in 2023*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20251117-2>
29. EY. (2024). *Impactul economic al sectorului privat de sănătate din România*. https://www.palmedromhealth.com/wp-content/uploads/2025/06/Studiu-impact-PALMED_final.pdf
30. Formare Medicală. (2022). *Agentia Nationala pentru Dezvoltarea Infrastructurii in Sanatate va avea 80 de posturi*. <https://www.formaremedicala.ro/agentia-nationala-pentru-dezvoltarea-infrastructurii-in-sanatate-va-avea-80-de-posturi/>
31. Ministerul Finanțelor. (2022). *Ministerul Finanțelor a primit de la BEI 368 de milioane de euro pentru construirea Spitalului Regional de la Craiova*. https://mfinante.gov.ro/en/acasa/-/asset_publisher/uwgr/content/ministerul-finan-c8-9belor-a-primit-de-la-bei-368-de-milioane-de-euro-pentru-construirea-spitalului-regional-de-la-craiova
32. MIPE. (2024). *Programul Sănătate: Anunț privind Ghidul pentru apelul de proiecte: „Investiții în infrastructura unităților care furnizează servicii de paliativă”*. <https://mfe.gov.ro/programul-sanatate-anunt-privind-ghidul-pentru-apelul-de-proiecte-investitii-in-infrastructura-unitatilor-care-furnizeaza-servicii-de-paliativ/>

33. MIPE. (2025a). *Calendarul fondurilor europene 2025: Peste 400 apeluri de proiecte, în valoare de 12,80 miliarde euro, vor fi deschise în acest an*. <https://mfe.gov.ro/calendarul-fondurilor-europene-2025-pest-400-apeluri-de-proiecte-in-valoare-de-1280-miliarde-euro-vor-fi-deschise-in-acest-an/>
34. MIPE. (2025b). *Peste 60 milioane euro, bani europeni pentru îmbunătățirea serviciilor medicale și formarea a peste 15.000 de profesioniști*. <https://mfe.gov.ro/pest-60-milioane-euro-bani-europeni-pentru-imbunatatirea-serviciilor-medicale-si-formarea-a-pest-15-000-de-profesionisti/>
35. MIPE. (2025c). *Programul Sănătate: Versiunea actualizată – mai 2025*. <https://mfe.gov.ro/programul-sanatate-versiunea-actualizata-mai-2025/>
36. MIPE. (2025d). *România finalizează negocierile cu Comisia Europeană pentru revizuirea PNRR: investiții critice salvate și noi finanțări obținute 31 iulie 2025*. <https://mfe.gov.ro/romania-finalizeaza-negocierile-cu-comisia-europeana-pentru-revizuirea-pnrr-investitii-critice-salvate-si-noi-finantari-obtinue/>
37. MIPE. (2026a). *Autoritatea de Management pentru Programul Sănătate*. <https://mfe.gov.ro/ps-21-27/>
38. MIPE. (2026b). *PS/874/PS_P4/OP4/RSO4.5/PS_P4_RSO4.5_A8 Investiții în infrastructura spitalicească – proiecte PNRR*. <https://mfe.gov.ro/ghiduri-ms/investitii-in-infrastructura-spitaliceasca-proiecte-pnrr/>
39. MISSOC. (2025). *Comparative tables on social protection – Financing*. Mutual Information System on Social Protection. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>
40. Monitor PNRR. (2025). *Despre Monitor PNRR*. <https://monitorpnrr.eu/despre-monitor-pnrr/>
41. OECD. (2025). *OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f52e4a98-en>
42. Patriarhia Română. (2024). *Sinteza activităților Bisericii Ortodoxe Române în anul 2023*. Basilica.ro. <https://basilica.ro/sinteza-activitatilor-bisericii-ortodoxe-romane-in-anul-2023-text-integral/>
43. Politici de Sănătate. (2022). *Guvernul a aprobat Regulamentul de organizare și funcționare a Agenției Naționale pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS)*. <https://www.politicidesanatate.ro/guvernul-a-aprobat-regulamentul-de-organizare-si-functionare-a-agentiei-nationale-pentru-dezvoltarea-infrastructurii-in-sanatate-andis/>

44. SeeNews. (2022). *Romania to borrow 305 mln euro from EIB to build hospital in Cluj*.
<https://seenews.com/news/romania-to-borrow-305-mln-euro-from-eib-to-build-hospital-in-cluj-1202319>
45. UNSAR. (2026). *Asigurările de sănătate câștigă teren: Peste 872.000 de români protejați*.
<https://unsar.ro/comunicate-de-presa/sigurarile-de-sanatate-castiga-teren-pest-872-000-de-romani-protejati.html>
46. World Bank. (2019). *Romania Health Program for Results*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/902651569031265960/pdf/Romania-Health-Program-for-Results-Project.pdf>
47. World Bank. (2021). *Romania Health Sector Reform*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/897571623117789928/pdf/Romania-Health-Sector-Reform-Improving-Health-System-Quality-and-Efficiency-Project-Additional-Financing.pdf>
48. Ziarul Financiar. (2025a). *În ce stadiu mai sunt spitalele regionale din Cluj, Craiova și Iași, investiții totale de 10 mld. Lei. Doar la spitalul din Craiova au început lucrările de construcție. La Iași și Cluj spitalele sunt încă în faza de contestații și evaluări de oferte*.
<https://www.zf.ro/companii/stadiu-spitalele-regionale-cluj-craiova-iasi-investitii-totale-10-22839050>
49. Ziarul Financiar. (2025b). *PNRR 2.0. România va primi 535 mil. Euro pentru spitale, 2,15 mld. Euro pentru auto A7, și 180 mil. Euro pentru a cumpăra 1.200 de ambulanțe. Ministrul Fondurilor Europene, Dragoș Pîslaru: Am reușit să aducem în PNRR investiții noi, care nu erau în PNRR până acum*.
<https://www.zf.ro/eveniment/pnrr-2-0-romania-primi-535-mil-euro-spitale-2-15-mld-euro-auto-a7-22868442>
50. Ziarul Financiar. (2026a). *Cei mai mari jucători din asigurările de sănătate. Cum arată topul din 2025*.
<https://www.zf.ro/banci-si-asigurari/cei-mai-mari-jucatori-din-asigurarile-de-sanatate-cum-arata-topul-23134234>
51. Ziarul Financiar. (2026b). *Radiografia asigurărilor de sănătate în anul 2025. Unde a ajuns piața și care sunt principalii jucători?*
<https://www.zf.ro/banci-si-asigurari/radiografia-asigurarilor-de-sanatate-in-anul-2025-unde-a-ajuns-piata-23134113>