NM NICUȘOR MUȘAT

NICUSOR-MUSAT.RO

◆ BANII TĂI. SĂNĂTATEA TA. ALEGEREA TA.

# Notă de fundamentare, *versiunea 2*

Direcționarea a 30% din contribuția de asigurări sociale de sănătate (CASS) către furnizori medicali aleși de asigurat

*Continuare a versiunii 1 din 4 ianuarie 2026*

AUTOR

Drd. Nicușor Mușat

MBA UNESCO | Specialist R&D

DATA

19 noiembrie 2026

București

30%

◆ PREAMBUL

# Cuvânt introductiv: de la versiunea 1 la versiunea 2

Prezenta notă de fundamentare, versiunea 2, continuă versiunea 1 din 4 ianuarie 2026, publicată ca document-suport al inițiativei civice „Banii tăi. Sănătatea ta. Alegerea ta." [25][34]. Obiectul propunerii nu se schimbă: dreptul persoanei care plătește contribuția de asigurări sociale de sănătate (CASS) de a direcționa până la 30% din contribuția proprie către furnizori medicali acreditați, aleși de ea. Se schimbă însă temeiul pe care propunerea se sprijină, precizia cu care este construită și garanțiile care o însoțesc. Această secțiune explică, punct cu punct, ce a trebuit să se schimbe între cele două versiuni și de ce.

## Ce rămâne neschimbat

Nucleul propunerii este identic în ambele versiuni. Cota CASS rămâne de 10%, colectarea rămâne la ANAF, iar fondul rămâne unic și administrat de CNAS. Cota maximă direcționabilă rămâne de 30%, opțiunea rămâne voluntară, iar în lipsa ei întreaga contribuție rămâne în fondul comun. Furnizorii eligibili sunt în continuare publici și privați, cu sau fără contract CNAS, înscriși într-un registru pe baza unui contract-cadru simplificat. Se păstrează, de asemenea, decontarea în cel mult 7 zile, pilotarea într-un cadru județean și analogia cu mecanismul de redirecționare a 3,5% din impozitul pe venit [24].

## Ce a trebuit să se schimbe și de ce

Schimbările au două origini. Unele sunt impuse de realitate: între ianuarie și noiembrie 2026 s-au modificat bugetul, legislația și infrastructura digitală a sistemului de sănătate. Altele sunt impuse de rigoare: o reexaminare a argumentului a arătat că unele afirmații din versiunea 1 nu ar rezista evaluării Ministerului Finanțelor, a CNAS sau a unei comisii parlamentare. Pentru fiecare schimbare sunt prezentate poziția din versiunea 1, faptul nou și consecința pentru versiunea 2.

◆ A. SCHIMBĂRI IMPUSE DE EVOLUȚIA CONTEXTULUI

**1. Baza de calcul.** Versiunea 1 a fost construită pe bugetul FNUASS pentru 2025, cu contribuții individuale de aproximativ 62,5 mld lei și o cotă maximă de 18,75 mld lei [34]. Între timp a fost adoptat bugetul pe 2026, care prevede contribuții de 78,35 mld lei, cu aproape 13% peste nivelul din 2025 [6]. O propunere care urmează să fie discutată în Parlament în 2027 nu poate porni de la un buget încheiat; de aceea, versiunea 2 recalculează baza direcționabilă la aproximativ 74 mld lei și cota maximă la aproximativ 22 mld lei.

**2. Pensionarii.** Versiunea 1 trata pensionarii ca persoane asigurate fără plată și îi lăsa în afara mecanismului. Contribuția pe partea de pensie care depășește 3.000 lei se aplica din august 2025, dar efectele ei au devenit vizibile în datele de execuție abia în 2026: 1,83 mld lei încasați de la pensionari în august-decembrie 2025 [10] și 1,96 mil. de pensionari plătitori la finalul anului [4]. Principiul propunerii este că dreptul de a direcționa decurge din plata contribuției. Excluderea pensionarilor care plătesc ar fi creat o discriminare între contribuabili; versiunea 2 îi include, pentru contribuția proprie.

**3. Platforma.** Versiunea 1 propunea dezvoltarea unei aplicații noi, gestionate de CNAS sau de o altă entitate publică [34]. Legea nr. 157/2026 a dat între timp temei legal portalului e-SănătateaMea, care funcționează din 1 septembrie 2026 și afișează deja istoricul serviciilor decontate pe ultimii 10 ani [1][2]. O a doua platformă ar însemna costuri duble și o nouă interfață pentru pacient. Versiunea 2 propune, de aceea, un modul al portalului existent, care folosește autentificarea, programările și evidența decontărilor deja reglementate.

**4. Interlocutorii instituționali.** Versiunea 1 a fost scrisă înaintea unei dezbateri publice despre arhitectura finanțării. În februarie 2026, ministrul Sănătății a propus mai multe case de asigurări, inclusiv private, iar președintele CNAS a respins fragmentarea fondului, invocând riscul selecției pacienților [18][19]. Propunerea are acum doi interlocutori cu poziții opuse. Versiunea 2 o poziționează explicit între ei: păstrează fondul unic cerut de CNAS și introduce alegerea și concurența cerute de minister.

**5. Indicatorii de referință.** Versiunea 1 folosea câștigul salarial mediu brut din iunie 2025 (9.246 lei) și ponderea plăților din buzunar de 21%, preluată din raportările Comisiei Europene și OCDE pentru anii anteriori [34]. Versiunea 2 folosește câștigul din septembrie 2026 (9.532 lei) [14] și estimarea ASE pentru 2025, de 33,64 mld lei, adică 26,28% din cheltuiala curentă cu sănătatea [4]. Cele două ponderi provin din metodologii diferite, motiv pentru care nota nu le compară ca evoluție în timp; valoarea din 2025 este însă cea mai recentă măsurare disponibilă și cea relevantă pentru anul de referință.

### ◆ B. SCHIMBĂRI IMPUSE DE RIGOAREA ARGUMENTULUI

**6. Momentul plății.** Versiunea 1 descria, în secțiunea 5.1, virarea sumei din fond în contul furnizorului ales imediat după exprimarea opțiunii, deși în secțiunea 5.2 menționa și decontarea la 7 zile de la prestare [34]. Prima variantă ar fi lăsat bani publici la furnizori înaintea prestării serviciilor și ar fi complicat recuperarea lor atunci când asiguratul nu se mai prezintă. Versiunea 2 elimină ambiguitatea și fixează ordinea: banii rămân în fond până când serviciul este prestat și validat, iar CNAS îl decontează în cel mult 7 zile. Principiul devine „banii urmează serviciul", nu „banii urmează opțiunea", iar promisiunea decontării rapide de pe pagina proiectului [25] rămâne valabilă.

**7. Efectul asupra fondului.** Versiunea 1 susținea că redirecționarea nu reprezintă bani în plus și nu ar trebui să producă deficit [34]. Afirmația este corectă doar pentru serviciile pe care fondul le-ar fi decontat oricum. Atunci când cota direcționată plătește un

serviciu pe care pacientul l-ar fi achitat din buzunar, fondul pierde venitul fără ca cheltuiala lui să scadă. Acesta este exact beneficiul urmărit pentru pacient, dar și un cost pentru fond, pe care orice evaluare a Ministerului Finanțelor l-ar identifica. Versiunea 2 recunoaște acest cost, îl plafonează la suma direcționată în fiecare an și arată că, într-un prim an cu cota de 10%, el rămâne în limita excedentului teoretic din bugetul pe 2026 [7]. O propunere care își declară costul poate fi apărată; una care promite cost zero, nu.

**8. Costul informatic.** Versiunea 1 estima costul platformei la câteva milioane de euro [34]. Auditul Curții de Conturi publicat în 2025 arată însă că PIAS a costat peste 1,1 mld lei și că orice modul nou intră într-o arhitectură monolitică, subfinanțată și greu de modificat [23]. În lipsa unui calcul tehnic, orice cifră ar fi fost o speculație. Versiunea 2 renunță la estimare și cere un studiu de fezabilitate al CNAS, realizat înaintea pilotului.

**9. Echitatea și sfera mecanismului.** Versiunea 1 permitea folosirea cotei pentru orice serviciu, inclusiv pentru intervenții chirurgicale, și nu limita suma pe persoană [34]. De aici decurg două probleme. Prima este regresivitatea: un salariat cu venit mare ar fi direcționat de câteva ori mai mult decât unul cu salariul minim, deși nevoile lor de bază sunt aceleași. A doua este erodarea mutualizării: literatura despre conturile medicale individuale arată că acestea reduc protecția financiară atunci când preiau riscurile mari din fondul comun [32]. Versiunea 2 introduce, de aceea, un plafon absolut pe persoană, limitează coșul la ambulatoriu, investigații paraclinice, medicină dentară, recuperare și spitalizare de zi, unde se concentrează plățile din buzunar [4], și urcă cota în trei trepte, de la 10% la 30%.

**10. Sursele.** Versiunea 1 cita o declarație din 2015 a unui fost președinte al CNAS pentru a estima risipa din sistem, iar bibliografia finală includea lucrări despre programele de sănătate orală din Chile, Brazilia sau Finlanda, fără legătură directă cu afirmațiile din text; numerotarea trimiterilor nu corespundea listei de referințe [34]. Într-un document destinat procesului legislativ, fiecare cifră trebuie să poată fi verificată. Versiunea 2 înlocuiește declarația din 2015 cu raportul Curții de Conturi asupra execuției FNUASS pe 2024 [22], folosește exclusiv surse verificate la 19 noiembrie 2026 și adaugă literatură științifică indexată în Web of Science, Scopus și PubMed, în referințele [26] până la [33].

**11. Comparația internațională.** Versiunea 1 invoca exemple din Finlanda și Suedia și afirma că mecanisme de tip „banii urmează pacientul” au fost „aplicate cu succes” în alte țări, fără date sau surse care să susțină afirmația [34]. O propunere legislativă trebuie să arate ce a funcționat, unde și cu ce limite. Versiunea 2 analizează experiența documentată a opt sisteme de sănătate și preia din fiecare elementul care a funcționat, împreună cu limita observată (secțiunea 5.6).

Luate împreună, aceste schimbări nu slăbesc propunerea, ci o fac apărabilă. Versiunea 1 a formulat ideea și a deschis dezbaterea; versiunea 2 o transformă într-o propunere care își cunoaște baza de calcul, își declară costul, își limitează riscurile și poate fi testată într-un pilot înainte de generalizare.

TABELUL 1 *Sinteza schimbărilor de la versiunea 1 la versiunea 2*

| Element | Versiunea 1 (4 ianuarie 2026) | Versiunea 2 (19 noiembrie 2026) | Motivul schimbării |
|---|---|---|---|
| **Baza de calcul** | Buget FNUASS 2025: 62,5 mld lei | Buget FNUASS 2026: aprox. 74 mld lei | Bugetul pe 2026 a fost adoptat |
| **Pensionarii** | În afara mecanismului | Incluși, pentru contribuția proprie | 1,96 mil. de pensionari plătesc CASS |
| **Platforma** | Aplicație nouă | Modul în e-SănătateaMea | Legea nr. 157/2026 și portalul funcțional |
| **Poziționarea** | Fără interlocutor instituțional | Între fondul unic și concurență | Dezbaterea din februarie 2026 |
| **Indicatorii** | 9.246 lei; 21% plăți directe | 9.532 lei; 33,64 mld lei (26,28%) | Date mai recente |
| **Momentul plății** | Ambiguu: la opțiune (5.1) sau după prestare (5.2) | După serviciul validat, în 7 zile | Fără bani publici fără servicii |
| **Efectul asupra fondului** | Neutru | Cost net plafonat, sub 4 mld lei în anul 1 | Înlocuirea plăților din buzunar |
| **Costul informatic** | Câteva milioane de euro | Stabilit prin studiu de fezabilitate | PIAS a costat peste 1,1 mld lei |
| **Echitatea și sfera** | Fără plafon, orice serviciu | Plafon pe persoană, coș restrâns, etapizare | Regresivitate, protecția mutualizării |
| **Sursele** | Parțial nelegate de text | Verificate, numerotate, indexate WoS, Scopus, PubMed | Verificabilitate în procesul legislativ |
| **Comparația internațională** | Exemple generale, fără date | Opt sisteme analizate, soluții preluate în 5.6 | Soluții testate, cu limite cunoscute |

*Sursa: elaborare proprie, pe baza versiunii 1 [34] și a referințelor din această secțiune.*

## Din ce este construită și ce conține

Versiunea 2 se sprijină pe cinci categorii de surse: (1) date și acte oficiale, precum legea bugetului pe 2026, execuția FNUASS, datele INS, hotărârile de Guvern și actele publicate în Monitorul Oficial; (2) analize instituționale, între care studiul ASE „Transparența banilor din sistemul medical românesc" (ediția a II-a, 2026), rapoartele Curții de Conturi și profilul de țară OCDE și al Observatorului European; (3) literatură științifică cu evaluare colegială, a cărei indexare a fost verificată în Web of Science, Scopus și PubMed; (4) documentația oficială și evaluările unor mecanisme care funcționează în opt sisteme de sănătate: Estonia, Portugalia, Olanda, Singapore, China, Germania, Anglia și Suedia; (5) calcule proprii, prezentate cu ipotezele explicite, astfel încât să poată fi reproduse. Toate sursele au fost verificate la 19 noiembrie 2026 și sunt numerotate în text.

Nota cuprinde: (a) contextul actualizat al finanțării FNUASS și al cadrului legislativ (secțiunea II); (b) necesitatea intervenției (secțiunea III); (c) analiza bugetară pe anul 2026, cu scenarii de adopție și etapizare și cu estimarea costului net pentru fond (secțiunea IV); (d) proiectarea mecanismului ca modul al platformei e-SănătateaMea,

inclusiv optimizările preluate din opt sisteme de sănătate (secțiunea V); (e) matricea riscurilor, garanțiilor și indicatorilor de monitorizare (secțiunea VI); (f) modificările normative necesare, inclusiv o propunere de text pentru articolul central (secțiunea VII); (g) calendarul de implementare, cu porți de evaluare (secțiunea VIII).

Cu aceste precizări, nota începe cu rezumatul propunerii.

◆ SINTEZĂ

# Rezumat

Propunerea rămâne aceeași: fiecare persoană care plătește CASS poate direcționa până la 30% din contribuția proprie către furnizori medicali acreditați, publici sau privați, aleși de ea, printr-o funcție nouă a platformei naționale e-SănătateaMea. Ce s-a schimbat din ianuarie 2026 este fezabilitatea: platforma există acum prin lege și funcționează din 1 septembrie 2026, baza de contribuabili s-a lărgit prin Legea nr. 141/2025, iar ministrul Sănătății a deschis public dezbaterea despre „monopolul CNAS" [1][4][18].

Cifrele de la care pornește această versiune:

**78,35 mld lei**
contribuții de asigurări prevăzute la FNUASS în 2026; cota de 30% aplicată părții individuale (aprox. 74 mld lei) ar însemna cel mult **aprox. 22 mld lei** pe an, dacă toți contribuabilii ar folosi integral opțiunea [6].

**aprox. 286 lei pe lună**
(aprox. 3.430 lei pe an) ar putea direcționa un salariat cu câștigul mediu brut din septembrie 2026, de 9.532 lei [14].

**33,6 mld lei**
au plătit românii direct din buzunar pentru sănătate în 2025, adică 26,3% din cheltuiala curentă cu sănătatea [4][5].

**10 ani**
de istoric al serviciilor decontate sunt deja vizibili pacientului în e-SănătateaMea, infrastructura pe care se poate construi evidența cotei direcționate [2].

Mecanismul preia, totodată, soluții testate în opt sisteme de sănătate (secțiunea 5.6). Între ele: plata numai către furnizor (Olanda), soldul anual fără acumulare (Estonia, China), utilizarea pentru familie (Singapore), garanția timpului maxim de așteptare (Portugalia) și prevenția întâi (Germania).

CUVINTE-CHEIE CASS, FNUASS, alegerea pacientului, finanțarea sănătății, e-SănătateaMea, plăți directe, România.

CLASIFICARE JEL H51, I13, I18.

◆ SECȚIUNEA I

# *I.* Introducere și obiectul notei

Nota fundamentează o modificare a Legii nr. 95/2006 și a Codului fiscal prin care asiguratul care plătește CASS dobândește dreptul de a indica furnizorul către care merge o parte din contribuția sa, în limita a 30%. Contribuția rămâne de 10%, colectarea rămâne la ANAF, fondul rămâne unic și administrat de CNAS: se schimbă doar cine decide destinația unei cote.

Lucrarea este structurată în opt secțiuni: contextul actualizat (II), necesitatea intervenției (III), analiza bugetară (IV), soluția propusă (V), riscurile și garanțiile (VI), modificările normative (VII) și etapizarea (VIII), urmate de concluzii și referințe. Valorile sunt exprimate în lei, la prețuri curente, iar estimările proprii sunt marcate ca atare. Nota susține proiectul public prezentat pe nicusor-musat.ro [25].

◆ SECȚIUNEA II

# *II.* Context actualizat (noiembrie 2026)

Contextul 2026 este unul în care fondul are mai mulți bani ca oricând, dar tot nu ajunge să închidă anul fără rectificare, iar statul a construit deja infrastructura digitală de care are nevoie mecanismul propus.

## 2.1 Finanțarea FNUASS

FNUASS a încheiat 2025 cu venituri de 84,3 mld lei, din care 69,5 mld lei contribuții, 8,7 mld lei subvenții de la bugetul de stat și aproape 6 mld lei taxa clawback, cu un deficit de doar 19,5 mil. lei [10]. Studiul ASE raportează pentru același an 77,86 mld lei, pentru că include numai CASS, subvențiile și clawback-ul; diferența vine din perimetrul indicatorului, nu din date contradictorii [4].

Pentru 2026, proiectul de buget prevede venituri totale de 86,99 mld lei, contribuții de 78,35 mld lei, subvenții reduse la 1,45 mld lei și cheltuieli de 82,79 mld lei [6]. Președintele CNAS a confirmat în iunie 2026 că legea bugetului prevede pentru FNUASS un excedent teoretic de aproximativ 4 mld lei [7]. Contribuțiile încasate în primul trimestru au fost de 18,6 mld lei, cu aproape 16% peste nivelul din 2025 [11], iar primul semestru s-a încheiat cu un excedent de 2,1 mld lei [12].

Cu toate acestea, prima rectificare din 30 octombrie 2026 a suplimentat FNUASS cu 3,22 mld lei și a deblocat 3,9 mld lei reținuți la începutul anului, peste 7,1 mld lei în total [8]. Ministrul Sănătății a precizat că mai sunt necesari 4,7 mld lei pentru concediile medicale, așteptați la a doua rectificare [9]. Problema nu mai este lipsa veniturilor, ci rigiditatea plafoanelor de cheltuieli și calitatea datelor: în iunie 2026, execuția publicată

de CNAS arăta deficit, iar cea a Ministerului Finanțelor excedent, pentru aceeași perioadă [13].

## 2.2 Baza de contribuabili după Legea nr. 141/2025

Legea nr. 141/2025 a lărgit substanțial baza de contribuție: CASS pe partea de pensie care depășește 3.000 lei (între 1 august 2025 și 31 decembrie 2027), reținere la sursă pentru aproximativ 2,86 mil. persoane anterior exceptate și asigurare voluntară la nivelul a 6 salarii minime pe an [4]. În august-decembrie 2025, măsurile au adus aproximativ 1,86 mld lei, din care 1,83 mld lei de la pensionari [10]. Din 2026, Legea nr. 239/2025 ridică plafonul bazei de calcul pentru PFA și profesii liberale la 72 de salarii minime [4].

La finalul lui 2025, 9,66 mil. de persoane plăteau CASS (6,01 mil. salariați, 1,96 mil. pensionari cu pensii peste 3.000 lei, 327.351 asigurați voluntar), 6,46 mil. erau asigurate fără plată, iar 2,92 mil. erau neasigurate [4]. Pentru propunere, consecința este directă: dreptul de direcționare se extinde la toți cei care plătesc din venitul propriu, inclusiv pensionarii aflați peste prag.

## 2.3 e-SănătateaMea și PIAS

Legea nr. 157/2026, publicată în Monitorul Oficial nr. 588 din 20 iulie 2026, completează art. 280 din Legea nr. 95/2006 și dă temei legal portalului e-SănătateaMea, inclusiv obligația furnizorilor de a folosi portalul de programări din trimestrul IV 2026 [1]. Portalul funcționează din 1 septembrie 2026 și arată pacientului istoricul serviciilor medicale decontate pe ultimii 10 ani și rețetele pe ultimii 5 ani [2].

Adopția este încă la început: după o lună, portalul avea peste 60.000 de utilizatori, aproximativ 3.500 de programări și aproape 3.500 de furnizori înscriși, fără medicii de familie [3]. Platforma pe care rulează, PIAS, a costat peste 1,1 mld lei, iar Curtea de Conturi a semnalat în 2025 infrastructură învechită, arhitectură rigidă și acces neautorizat al terților [23]. Modulul de direcționare trebuie deci construit ca extensie a unui sistem care abia se stabilizează, nu ca proiect separat.

## 2.4 Dezbaterea despre arhitectura finanțării

În februarie 2026, ministrul Sănătății, Alexandru Rogobete, a cerut „spargerea monopolului CNAS” prin mai multe case de asigurări, publice și private, între care pacienții să aleagă [18]. Președintele CNAS, Horațiu Moldovan, a respins fragmentarea fondului social, invocând riscul ca asigurătorii să selecteze pacienții profitabili, și a propus în schimb autonomie reală pentru CNAS și asigurări voluntare complementare [19]. Rogobete conduce în continuare Ministerul Sănătății în Guvernul Luca Niculescu [20].

În paralel, CNAS a pus în dezbatere un ordin prin care furnizorii privați intră în programele naționale doar atunci când capacitatea unităților publice este depășită, calculată printr-o

formulă administrativă [21]. Propunerea de față se situează între cele două poziții: păstrează fondul unic și colectarea unică, deci nu creează asigurători care să selecteze riscuri, dar mută decizia de alocare a unei cote limitate de la formula administrativă la pacient.

TABELUL 2 *Repere legislative și bugetare relevante, 2025-2026*

| Data | Măsura | Relevanța pentru propunere |
|---|---|---|
| **30.10.2026** | Prima rectificare: FNUASS +3,22 mld lei și 3,9 mld lei deblocați; încă 4,7 mld lei necesari pentru concedii medicale [8][9] | Plafoanele anuale nu țin pasul cu cererea |
| **Trim. IV 2026** | Portalul de programări din e-SănătateaMea devine obligatoriu pentru furnizori [1] | Canal digital reglementat pentru alegerea furnizorului |
| **01.09.2026** | Lansarea e-SănătateaMea: servicii decontate pe 10 ani, rețete pe 5 ani [2] | Evidența individuală există deja |
| **20.07.2026** | Legea nr. 157/2026 (MO nr. 588) completează art. 280 din Legea nr. 95/2006 [1] | Temei legal de extins cu modulul de direcționare |
| **Mai 2026** | Proiect de ordin CNAS: privații intră în programe doar la depășirea capacității publice [21] | Accesul la privat rămâne decis administrativ |
| **20.02.2026** | Ministrul Sănătății propune mai multe case de asigurări, inclusiv private [18] | Dezbaterea despre concurență este deschisă oficial |
| **15.02.2026** | Președintele CNAS respinge fragmentarea fondului [19] | Obiecția la care fondul unic răspunde |
| **2026** | Legea nr. 239/2025: plafon CASS pentru PFA la 72 de salarii minime [4] | Bază extrasalarială mai mare |
| **01.08.2025** | Legea nr. 141/2025: CASS pe pensii peste 3.000 lei, reținere la sursă pentru 2,86 mil. persoane [4] | Contribuabili noi, deci titulari noi ai dreptului de direcționare |

*Sursa: elaborare proprie, pe baza referințelor indicate în tabel.*

◆ SECȚIUNEA III

# *III.* Necesitate

Reforma este necesară pentru că banii publici și banii din buzunar merg în direcții diferite: fondul finanțează în principal spitalele, iar pacientul plătește singur o mare parte din ambulatoriu, în timp ce accesul la furnizori este decis de plafoane și formule administrative.

## 3.1 Pacientul plătește de două ori

În 2025, românii au plătit direct 33,64 mld lei pentru sănătate, 26,28% din cheltuiala curentă totală, cu 13,4% mai mult decât în 2023 [4]. Aproape jumătate (49,8%) a mers pe medicamente și dispozitive, iar 37,4% (12,59 mld lei) pe servicii ambulatorii, unde intră și medicina dentară [4]. Raportat la cei 9,66 mil. de contribuabili, numai plata din buzunar pentru ambulatoriu înseamnă aproximativ 1.300 lei pe an pentru fiecare. Povara nu este doar financiară: într-un sondaj reprezentativ din 2010, 21,7% dintre românii care

plătiseră pentru consultații ambulatorii se împrumutaseră sau vânduseră bunuri pentru a face față plății, iar 42,0% dintre utilizatorii efectivi și potențiali renunțaseră la astfel de servicii din cauza costului, al doilea nivel dintre cele șase țări din Europa Centrală și de Est studiate [36].

În paralel, FNUASS își duce 44,6% din cheltuieli spre spitale, 34,8% spre medicamente și doar 18,8% spre ambulatoriu [4]. În 2023, România a cheltuit pe sănătate aproximativ 1.800 euro la paritatea puterii de cumpărare pe locuitor, sub jumătate din media UE de 3.832 euro, și 5,8% din PIB față de 10% în UE [16]. Observatorul European al Sistemelor de Sănătate notează că plățile din buzunar depășeau o cincime din cheltuiala totală și în 2022 [17].

## 3.2 Accesul la privat este decis administrativ

Legea nr. 95/2006 permite furnizorilor privați să intre în programele naționale doar după depășirea capacității publice, iar CNAS calculează această depășire printr-o formulă propusă în 2026 [21]. Pentru pacient, rezultatul este același: alegerea furnizorului depinde de contractul pe care furnizorul îl are cu casa și de plafonul lunar, nu de nevoia lui medicală. Plățile informale rămân un simptom al acestei distanțe: între 2017 și 2021 au scăzut după creșterea salarială din 2018, dar au rămas mai frecvente în spitalele mari și în zonele cele mai sărace [26].

## 3.3 Transparența fondului este insuficientă

Curtea de Conturi a emis o opinie contrară asupra contului de execuție FNUASS pe 2024, constatând datorii curente subevaluate cu 285,3 mil. lei, în principal din cereri de concedii medicale neînregistrate, și a sesizat organele de urmărire penală [22]. În 2026, aceeași execuție a apărut cu rezultate diferite la CNAS și la Ministerul Finanțelor [13]. Un mecanism în care fiecare leu direcționat este legat nominal de un asigurat, de un furnizor și de un serviciu validat, vizibil în e-SănătateaMea, introduce un control pe care fondul agregat nu îl are.

## 3.4 Concurența prin calitate are efecte măsurabile, dar modeste

Dovezile internaționale susțin alegerea pacientului cu preț fix, cu precauție. După reforma alegerii pacientului din Anglia (2006), mortalitatea prin infarct a scăzut mai repede în piețele mai concurențiale [27]. În Norvegia, după reforma din 2001, spitalele din zonele concurențiale au redus mai mult mortalitatea prin infarct și durata internării, dar efectele au fost mici, iar readmisiile au crescut [28]. Efectele diferă între grupuri de pacienți, ceea ce cere monitorizare pe rezultate, nu doar pe volume [29].

### 3.5 Precedentul fiscal există

Românii direcționează deja până la 3,5% din impozitul pe venit către entități nonprofit prin formularul 230 [24]. Mecanismul propus extinde aceeași logică la contribuția de sănătate, dar cu o diferență esențială: banii rămân în sistemul de sănătate și plătesc servicii pentru chiar contribuabilul care îi direcționează. Argumentul nu se sprijină pe o creștere a conformării fiscale: un experiment cu 830 de contribuabili cehi nu a găsit efecte consistente ale direcționării asupra conformării, doar un efect mic la salariați [33].

◆ SECȚIUNEA IV

## *IV.* Analiză bugetară pentru 2026

Plafonul teoretic al mecanismului este de aproximativ 22 mld lei pe an, dar în primul an, cu o cotă de 10% și o adopție de până la jumătate din contribuabili, suma direcționată rămâne sub 4 mld lei, adică în limita excedentului teoretic al FNUASS din 2026.

### 4.1 Baza direcționabilă

Bugetul FNUASS pe 2026 prevede 78,35 mld lei din contribuții de asigurări [6]. Din această sumă se scade contribuția asiguratorie pentru muncă (CAM), plătită de angajator pentru concediile medicale și care nu aparține asiguratului; în bugetul 2025, componenta CAM a fost de 3,94 mld lei [34], iar pentru 2026 nota folosește o estimare de aproximativ 4 mld lei. Rezultă o bază individuală de aproximativ 74 mld lei, din care 30% înseamnă aproximativ 22,3 mld lei, echivalentul a 27% din cheltuielile FNUASS bugetate pentru 2026 [6].

Acesta este un maxim teoretic, care presupune că toți contribuabilii folosesc integral opțiunea. Plafonul absolut pe persoană propus în secțiunea VI îl reduce, dar cuantificarea exactă cere datele ANAF ale contribuțiilor pe decile de venit. Din 2028, dacă CASS pe pensii nu este prelungită după 31 decembrie 2027, fondul pierde aproximativ 5,5 mld lei pe an, iar baza direcționabilă scade corespunzător [4].

### 4.2 Suma direcționabilă pe persoană

TABELUL 3 *Cota direcționabilă pe tipuri de contribuabili, 2026*

| Profil | Venit brut lunar (lei) | CASS lunară (lei) | Cota de 30% pe lună (lei) | Cota de 30% pe an (lei) |
|---|---|---|---|---|
| **Salariat cu câștigul mediu brut, septembrie 2026** [14] | 9.532 | 953,20 | 285,96 | 3.431,52 |
| **Salariat cu salariul minim, din 1 iulie 2026** [15] | 4.325 | 432,50 | 129,75 | 1.557,00 |
| **Pensionar cu pensie de 4.000 lei (bază CASS: 1.000 lei)** [4] | 4.000 | 100,00 | 30,00 | 360,00 |

*Sursa: calcul propriu, pe baza [4], [14] și [15].*

Pentru un salariat mediu, cota anuală de aproximativ 3.430 lei depășește plata medie din buzunar pentru ambulatoriu raportată la un contribuabil, de aproximativ 1.300 lei (secțiunea 3.1). În medie, cota direcționată ar acoperi plățile ambulatorii pe care contribuabilul le face azi a doua oară, din buzunar.

## 4.3 Scenarii de adopție și etapizare

Suma efectiv direcționată depinde de două variabile pe care legea le poate controla: plafonul cotei (10%, 20% sau 30%, în etape) și rata de adopție (ponderea contribuțiilor ai căror titulari aleg activ un furnizor). Figura 1 aplică aceste variabile bazei de 74 mld lei.

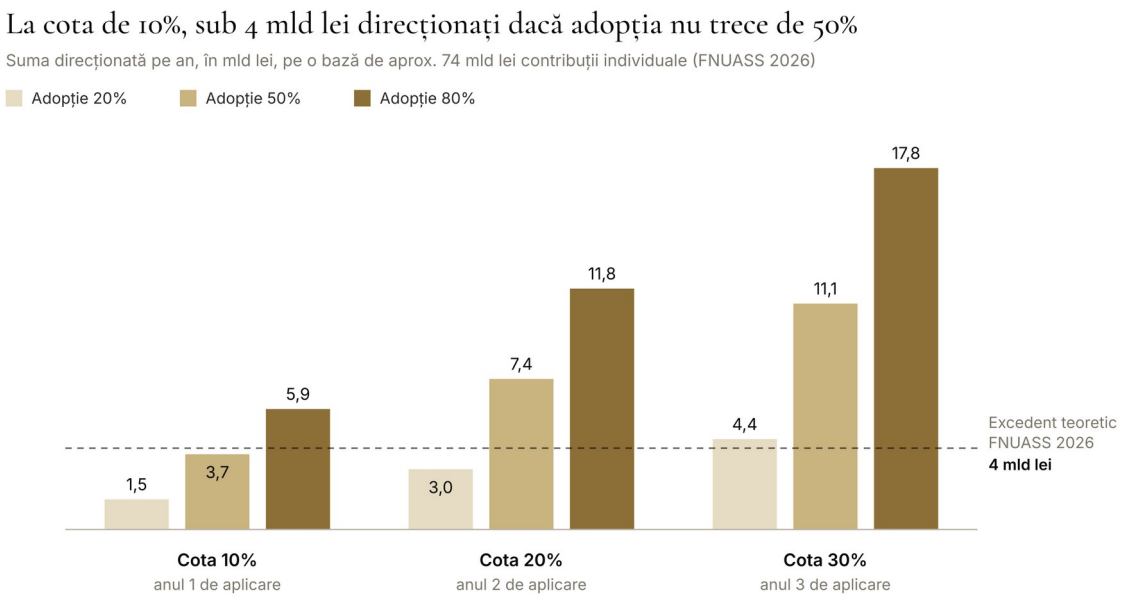



**FIGURA 1** *Suma direcționată pe scenarii de cotă și adopție, comparativ cu excedentul teoretic al FNUASS în 2026*

*Sursa: calcul propriu; baza de aprox. 74 mld lei rezultă din contribuțiile FNUASS 2026 [6] minus componenta CAM estimată [34].*

Fiecare grup este o etapă de aplicare. În anul 1, doar scenariul cu adopție de 80% (5,9 mld lei) depășește excedentul teoretic; în anii 2 și 3, cota trebuie finanțată prin câștigurile de eficiență și prin titlul bugetar distinct propus în secțiunea 4.4.

## 4.4 Efectul net asupra fondului

Suma direcționată nu este un cost nou pentru contribuabil, dar poate fi un cost pentru fond. Fiecare leu direcționat ajunge într-una din trei situații:

1. **Înlocuiește o decontare pe care fondul ar fi făcut-o oricum**, la un furnizor cu contract CNAS. Efectul asupra fondului este neutru.

2. **Înlocuiește o plată pe care pacientul ar fi făcut-o din buzunar**, la un furnizor privat. Fondul pierde venitul fără ca cheltuiala lui să scadă: acesta este costul net al reformei și, în același timp, beneficiul ei direct pentru pacient.
3. **Rămâne neconsumat.** Propunerea prevede ca sumele neutilizate la 31 decembrie să revină în fondul comun, deci efectul este doar de lichiditate în cursul anului.

Costul net are deci un plafon clar: suma direcționată în anul respectiv. Într-un prim an cu cotă de 10% și adopție de până la 50%, plafonul este de aproximativ 3,7 mld lei, sub excedentul teoretic de aproximativ 4 mld lei din legea bugetului pe 2026 [7]. Pentru comparație, românii au plătit în 2025 din buzunar 12,59 mld lei doar pentru servicii ambulatorii [4]: chiar și la cota de 10% cu adopție integrală (7,4 mld lei), mecanismul preia plăți care se fac deja, nu creează cerere artificială. Pentru transparență, cota direcționată trebuie să apară ca titlu distinct în bugetul FNUASS, aprobat anual prin legea bugetului.

◆ SECȚIUNEA V

# *V.* Soluția propusă: modulul de direcționare în e-SănătateaMea

Banii nu pleacă din fond în momentul alegerii, ci în momentul serviciului: asiguratul vede în e-SănătateaMea cota sa direcționabilă, alege furnizorul, iar CNAS decontează din acea cotă, în cel mult 7 zile, doar serviciile prestate și validate.

Aceasta este principala corecție față de versiunea 1, care prevedea virarea sumelor către furnizor la momentul opțiunii. Varianta actuală elimină riscul ca bani publici să stea la furnizori fără servicii prestate și folosește componente care există deja: autentificarea ROeID, portalul de programări obligatoriu din trimestrul IV 2026 și istoricul decontărilor [1][2].

Banii pleacă din fond doar după ce serviciul a fost prestat și validat

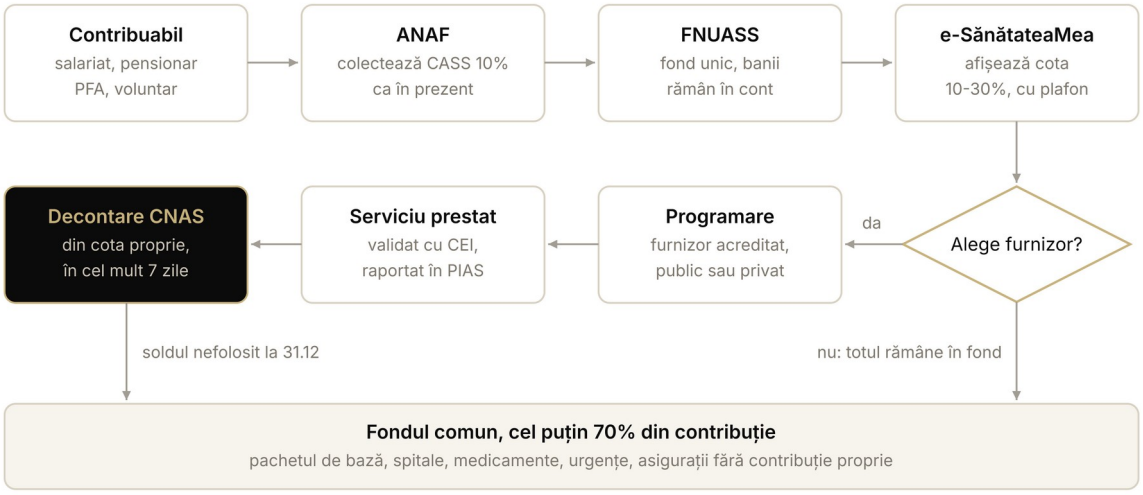



FIGURA 2 *Fluxul financiar și decizional propus*
*Sursa: elaborare proprie.*

Colectarea și fondul rămân neschimbate; noul element este decizia asiguratului, iar fără ea întreaga contribuție rămâne în fondul comun.

## 5.1 Ce poate fi plătit din cota direcționată

Coșul este restrâns la serviciile din pachetul de bază unde plata din buzunar este cea mai mare și unde alegerea pacientului poate funcționa: ambulatoriu clinic de specialitate, investigații paraclinice, medicină dentară, recuperare medicală și spitalizare de zi. Rămân în afara mecanismului, cel puțin în primele etape, medicamentele compensate, spitalizarea continuă, urgențele și concediile medicale, finanțate în continuare integral din fondul comun.

Tariful CNAS este prețul de referință. Furnizorul poate practica un tarif mai mare doar cu acordul prealabil scris al asiguratului, care plătește diferența; furnizorul nu poate cere plată pentru partea acoperită de cotă.

## 5.2 Moduri de utilizare

1. **Opțiune anuală.** Asiguratul desemnează în e-SănătateaMea, o dată pe an, un furnizor preferat pentru un serviciu recurent (de exemplu, controlul stomatologic

sau monitorizarea unei boli cronice). Opțiunea poate fi schimbată o dată la șase luni.

2. **Utilizare la act.** Fără desemnare prealabilă, asiguratul folosește soldul la orice furnizor acreditat, la programare prin portal.
3. **Fără opțiune.** Dacă asiguratul nu face nimic, 100% din contribuție rămâne în fondul comun, ca în prezent. Nimeni nu pierde acoperirea prin inacțiune.

## 5.3 Furnizori eligibili

Pot primi bani din cote direcționate furnizorii publici și privați autorizați sanitar și înscriși într-un registru național al furnizorilor pentru servicii la alegerea asiguratului, administrat de CNAS. Înscrierea se face pe baza unui contract-cadru simplificat, fără plafon de volum, care obligă furnizorul la: raportarea în PIAS a fiecărui serviciu, utilizarea portalului de programări, respectarea tarifului de referință pentru partea acoperită, acceptarea controalelor CNAS și publicarea unor indicatori minimi de calitate. Furnizorii cu contract CNAS clasic intră automat în registru.

## 5.4 Actori și responsabilități

TABELUL 4 *Actori și responsabilități în mecanismul propus*

| Actor | Rol în mecanism |
|---|---|
| **Asiguratul** | Alege furnizorul, validează serviciul, vede soldul și istoricul în e-SănătateaMea |
| **Furnizorul** | Prestează, raportează în PIAS, respectă tariful de referință, primește plata în cel mult 7 zile |
| **CNAS și casele județene** | Calculează cota lunar, administrează registrul, decontează, controlează, publică raportarea anuală |
| **ANAF** | Colectează CASS ca în prezent și transmite lunar CNAS contribuția virată pe fiecare asigurat |
| **Autoritatea pentru Digitalizarea României** | Asigură identitatea digitală ROeID și interoperabilitatea cu ANAF |
| **Ministerul Finanțelor** | Include cota direcționată ca titlu distinct în bugetul FNUASS |

*Sursa: elaborare proprie.*

## 5.5 Costul informatic

Versiunea 1 estima costul platformei la câteva milioane de euro. Această estimare nu este susținută de date: PIAS a costat peste 1,1 mld lei, iar auditul Curții de Conturi arată că orice modul nou intră într-o arhitectură monolitică și subdimensionată [23]. Versiunea 2 propune ca bugetul modulului să fie stabilit printr-un studiu de fezabilitate CNAS, realizat înainte de pilot, și ca modulul să reutilizeze componentele e-SănătateaMea deja finanțate, nu să le dubleze.

## 5.6 Optimizări preluate din sisteme care funcționează

Opt sisteme de sănătate au testat deja elemente ale mecanismului propus, iar experiența lor permite șase optimizări concrete. Principiul rămâne același: fondul unic se păstrează, iar banii urmează serviciul ales. Tabelul 5 rezumă ce s-a observat în fiecare sistem și ce preia versiunea 2.

TABELUL 5 *Mecanisme preluate din alte sisteme de sănătate*

| Sistem și mecanism | Ce s-a observat | Ce preia versiunea 2 |
|---|---|---|
| **Olanda: bugetul personal (PGB), plătit prin „trekkingsrecht" din 2015** | Banii nu mai intră în contul beneficiarului: Sociale Verzekeringsbank plătește direct prestatorul, pentru a limita frauda [41]. Lansarea națională simultană a produs probleme de plată cu efecte mari pentru beneficiari [42] | Plata numai către furnizor, după validare; pilot înainte de extindere; termen de plată garantat prin lege |
| **Estonia: beneficiul stomatologic pentru adulți** | 60 euro pe an, cu coplată de 50%; 105 euro, cu coplată de 12,5%, pentru pensionari, gravide, șomeri și alte grupuri; soldul nu se reportează în anul următor; facturile se decontează cel puțin săptămânal [37] | Sold anual, fără acumulare; decontare rapidă; regim mai favorabil pentru grupurile vulnerabile |
| **Estonia: auditul Curții de Conturi (2021)** | Beneficiul egal pentru toți a accentuat inegalitatea: l-au folosit în medie 27% în chintila a patra de venit și 11% în cea mai săracă. Ponderea vizitelor preventive era de 6% în 2019. Tariful-limită a fost calculat pe datele a două-trei clinici, iar furnizorii care au refuzat contractul au invocat mai ales tarife sub costuri [38] | Prag minim pentru contribuțiile mici; prevenția întâi; tarife de referință calculate pe costuri reale |
| **China: conturile individuale ale asigurării angajaților (reforma din 2021)** | Conturile tinerilor și ale celor sănătoși, aproximativ 80% din total, acumulau bani nefolosiți. Reforma mută o parte din contribuții în fondul comun pentru ambulatoriu și permite folosirea contului de către familie [44] | Fără conturi care acumulează; utilizarea cotei pentru familie |
| **Singapore: MediSave** | Contul poate plăti cheltuielile medicale ale soțului, copiilor, părinților, bunicilor și fraților [43] | Utilizarea cotei pentru membrii familiei |
| **Portugalia: SIGIC și „vale-cirurgia"** | Când spitalul public depășește 50% (prioritate mare) sau 75% (prioritate normală) din timpul maxim recomandat, pacientul primește un vale valabil la spitale publice, private sau sociale [39]. În OCDE, garanția timpului maxim este cea mai răspândită politică și merge tot mai des cu sancțiuni și cu alegerea furnizorului [40] | Garanția timpului maxim de așteptare, legată de portalul de programări |
| **Germania: bonusul pentru prevenție (§65a SGB V)** | Casele de asigurări pot acorda un bonus asiguraților care fac controale de depistare precoce sau vaccinări [47] | Serviciile preventive decontate integral din cotă; bonus testat în pilot |
| **Anglia: bugetele personale de sănătate (evaluarea pilotului)** | Studiu controlat pe aproximativ 2.000 de pacienți: calitatea vieții legate de îngrijire și starea psihologică s-au îmbunătățit, iar bugetele au fost cost-eficiente [45] | Plan anual de utilizare propus de medicul de familie pentru bolnavii cronici |
| **Suedia: libera alegere în asistența primară (2007-2010)** | Mulți furnizori noi; satisfacție ușor mai mare; fără efecte semnificative asupra spitalizărilor evitabile și fără scăderi de calitate [46] | Așteptări realiste; tarife, timpi de așteptare și indicatori de calitate publicați în e-SănătateaMea |

*Sursa: elaborare proprie, pe baza referințelor [37] până la [47].*

Din aceste experiențe rezultă șase modificări ale mecanismului:

1. **Utilizare pentru familie.** Plătitorul poate folosi cota și pentru copii, pentru soțul sau soția și pentru părinții coasigurați, în limita plafonului propriu, după modelul MediSave din Singapore [43]. Legătura se declară o singură dată în e-SănătateaMea. Măsura îi include indirect pe o parte din cei 6,46 mil. de asigurați fără plată [4] și reduce soldurile nefolosite, problema care a dus la reforma din China [44].
2. **Garanția timpului maxim de așteptare.** Contractul-cadru stabilește un termen maxim pentru fiecare tip de serviciu din coș. Dacă portalul nu găsește programare în termen la un furnizor cu contract CNAS, asiguratul poate merge la orice furnizor din registru. Casa decontează atunci tariful de referință din fondul comun, fără să consume cota direcționată [39][40].
3. **Prag minim pentru contribuțiile mici.** În Estonia, un beneficiu egal pentru toți, cu coplată mare, a fost folosit mai ales de cei cu venituri mai mari [38]. Din al doilea an, legea bugetului poate stabili un prag minim al cotei pentru plătitorii cu contribuții mici, finanțat din soldurile returnate fondului în anul anterior. Principalii beneficiari ar fi pensionarii aflați puțin peste pragul de 3.000 lei, care direcționează acum circa 360 lei pe an.
4. **Prevenția întâi.** Serviciile preventive din pachetul de bază se decontează integral din cotă, fără diferență de tarif, iar e-SănătateaMea trimite reamintiri anuale. Un bonus pentru cei care își fac controalele, după modelul german [47], poate fi testat în pilot și generalizat numai dacă evaluarea arată că este cost-eficient.
5. **Tarife pe costuri reale și coeficient pentru zonele deficitare.** Tariful de referință se calculează pe un eșantion reprezentativ de furnizori și se revizuiește anual, nu pe câteva unități, ca în Estonia [38]. În județele și localitățile cu deficit de furnizori se aplică un coeficient de majorare, pentru ca oferta să apară acolo unde alegerea lipsește astăzi.
6. **Sprijin în alegere și informație publică.** Medicul de familie poate propune bolnavilor cronici un plan anual de utilizare a cotei, după logica bugetelor personale din Anglia [45]. Pentru fiecare furnizor, e-SănătateaMea afișează tariful, timpul de așteptare și indicatorii de calitate. Experiența suedeză arată că alegerea atrage furnizori noi, dar câștigurile de calitate sunt modeste [46]; informația publică este condiția ca alegerea să producă efecte.

Trei lecții confirmă elemente deja prezente în versiunea 2: plata numai către furnizor, după validare [41]; revenirea soldului nefolosit la 31 decembrie [37]; pilotarea înainte de extinderea națională, pentru că lansarea olandeză simultană a produs probleme de plată [42].

Utilizarea pentru familie și pragul minim rămân în plafonul global stabilit prin legea bugetului, dar pot crește rata de utilizare. Garanția timpului maxim este singura măsură care poate adăuga cheltuieli peste cota direcționată: plătește servicii la care asiguratul

are deja dreptul, dar pe care nu le primește la timp. Pilotul trebuie să cuantifice acest cost înainte de generalizare.

**Ce nu preia propunerea.** Ieșirea din fondul comun, ca în Chile și în asigurarea privată substitutivă din Germania, a produs segmentarea riscurilor și bariere financiare la acoperire [48]. Conturile individuale care acumulează, ca în China înainte de 2021, au lăsat bani nefolosiți la cei sănătoși [44]. Cota direcționată rămâne, de aceea, un drept anual de alegere în interiorul fondului unic, nu un cont personal și nu o ieșire din sistem.

◆ SECȚIUNEA VI

# *VI.* Riscuri și garanții

Mecanismul este sustenabil doar dacă fiecare risc cunoscut din literatura despre alegerea pacientului și conturile medicale are o garanție scrisă în lege și un indicator public de monitorizare. Experiența țărilor cu concurență între asigurători arată că fără egalizarea riscului și reguli de acces apar selecția pacienților și ineficiența [30][31], iar conturile medicale individuale reduc mutualizarea și protecția financiară atunci când înlocuiesc fondul comun [32].

TABELUL 6 *Riscuri, garanții și indicatori de monitorizare*

| Risc | Garanția propusă | Indicator public |
|---|---|---|
| **Cost net pentru fond, prin înlocuirea plăților din buzunar** | Etapizare 10-20-30%, titlu bugetar distinct, revenirea soldului nefolosit la 31 decembrie, suspendarea automată a creșterii cotei dacă FNUASS înregistrează deficit două trimestre la rând | Execuția lunară a titlului și a FNUASS |
| **Regresivitate: cei cu venituri mari direcționează mai mult** | Plafon absolut pe persoană, egal cu cota aplicată CASS aferente câștigului salarial mediu brut (aprox. 3.430 lei pe an la cota de 30% și la nivelul din septembrie 2026); prag minim pentru contribuțiile mici, din al doilea an (5.6) | Distribuția sumelor pe decile de venit |
| **Selecția pacienților de către furnizori** | Fond unic, deci nicio entitate nu câștigă din excluderea bolnavilor; obligația de a accepta orice asigurat programat în limita capacității declarate | Refuzuri și timpi de așteptare pe grupe de risc |
| **Slăbirea mutualizării** | Cel puțin 70% din contribuție rămâne în fondul comun; coș restrâns la ambulatoriu; spitalizarea continuă și medicamentele rămân integral mutualizate | Ponderea cotei în cheltuielile FNUASS |
| **Dezavantajarea zonelor fără furnizori** | Pilot pe benzi județene, fondul comun continuă să finanțeze oferta în zonele deficitare, coeficient de majorare a tarifului în aceste zone (5.6) | Accesul pe județe și medii de rezidență |
| **Servicii fictive sau supraraportate** | Validare cu cartea electronică de identitate sau cardul de sănătate, vizibilitate imediată în e-SănătateaMea, controale CNAS și sesizarea directă de către asigurat [2][22][35] | Sesizări, controale, sume recuperate |
| **Excluziune digitală** | Opțiunea poate fi exprimată și prin medicul de familie sau la casa județeană; implicit, banii rămân în fondul comun [3] | Rata de utilizare pe grupe de vârstă |

| Risc | Garanția propusă | Indicator public |
|---|---|---|
| **Date neconsistente între instituții** | Publicarea lunară, în format deschis, a datelor mecanismului de către CNAS, reconciliate cu Ministerul Finanțelor [13] | Abaterea între cele două execuții |
| **Scăderea bazei după 2027** | Calibrarea anuală a cotei prin legea bugetului, ținând cont de expirarea CASS pe pensii la 31 decembrie 2027 [4] | Contribuții realizate față de buget |

*Sursa: elaborare proprie, pe baza [30], [31] și [32].*

Cele nouă garanții transformă cota de 30% dintr-o promisiune fixă într-un plafon maxim, atins doar dacă indicatorii arată că fondul comun și accesul celor fără contribuție proprie nu au fost afectate.

◆ SECȚIUNEA VII

# *VII.* Modificări normative necesare

Reforma cere o lege care modifică Legea nr. 95/2006 și completează Codul fiscal, urmată de o hotărâre de Guvern, un ordin CNAS și o evaluare de impact privind protecția datelor; cota CASS de 10% și colectarea prin ANAF nu se schimbă.

TABELUL 7 *Modificări normative necesare*

| Act normativ | Intervenție | Conținut |
|---|---|---|
| **Legea nr. 95/2006, Titlul VIII** | Capitol nou | Dreptul asiguratului de a direcționa o cotă de până la 30%, etapizarea, coșul de servicii, registrul furnizorilor, decontarea în 7 zile, revenirea soldului nefolosit, utilizarea pentru familie, garanția timpului maxim de așteptare |
| **Legea nr. 95/2006, art. 280, completat prin Legea nr. 157/2026** | Alineat nou | Modulul de direcționare devine funcționalitate a e-SănătateaMea [1] |
| **Legea nr. 95/2006, regulile de contractare a furnizorilor privați** | Excepție | Serviciile plătite din cota direcționată nu sunt condiționate de depășirea capacității publice [21] |
| **Legea nr. 227/2015 (Codul fiscal), Titlul V** | Completare | ANAF transmite lunar CNAS contribuția virată pe fiecare asigurat, în format interoperabil |
| **Legea anuală a bugetului de stat** | Titlu distinct în bugetul FNUASS | Plafonul global al cotei direcționate, plafonul anual pe persoană și pragul minim pentru contribuțiile mici |
| **HG privind pachetele de servicii și Contractul-cadru** | Anexă nouă | Contractul-cadru simplificat, coșul de servicii, tarifele de referință, termenele maxime de așteptare, coeficientul pentru zonele deficitare |
| **Ordin al președintelui CNAS** | Act nou | Metodologia de calcul a cotei, registrul furnizorilor, procedura de validare și decontare, indicatorii publici |
| **Evaluarea de impact privind protecția datelor (Regulamentul UE 2016/679)** | Document obligatoriu | Prelucrarea datelor despre opțiuni și servicii, accesul furnizorilor, păstrarea datelor |

*Sursa: elaborare proprie.*

Propunere de text pentru articolul central:

> **Art. ...** (1) Asiguratul care datorează și achită contribuția de asigurări sociale de sănătate din venituri proprii poate opta ca o cotă de până la 30% din contribuția achitată să fie utilizată pentru plata serviciilor medicale din pachetul de bază, acordate de furnizori aleși de acesta și înscriși în registrul prevăzut la alin. (4).
>
> (2) Cota se aplică etapizat: 10% în primul an de aplicare, 20% în al doilea an și 30% începând cu al treilea an, în limita plafonului anual pe persoană stabilit prin legea bugetului de stat.
>
> (3) Opțiunea se exprimă prin portalul e-SănătateaMea, prin medicul de familie sau la casa de asigurări de sănătate. În lipsa opțiunii, contribuția se utilizează integral în fondul comun.
>
> (4) Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează registrul furnizorilor pentru servicii la alegerea asiguratului, în care se pot înscrie furnizori publici și privați autorizați, pe baza unui contract-cadru simplificat.
>
> (5) Serviciile plătite din cota direcționată se decontează în cel mult 7 zile de la validare. Sumele neutilizate la 31 decembrie revin în fondul comun.
>
> (6) Asiguratul poate utiliza cota direcționată și pentru serviciile acordate copiilor, soțului sau soției și părinților coasigurați, în limita plafonului propriu.
>
> (7) Prin legea bugetului de stat se poate stabili, începând cu al doilea an de aplicare, un prag minim al cotei pentru asigurații cu contribuții mici, finanțat din sumele neutilizate în anul anterior.
>
> (8) Dacă furnizorii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate nu pot acorda un serviciu din coș în termenul maxim stabilit prin contractul-cadru, asiguratul îl poate efectua la orice furnizor înscris în registru, iar casa decontează tariful de referință din fondul comun, fără a diminua cota direcționată.
>
> (9) Serviciile preventive din pachetul de bază, plătite din cota direcționată, se decontează integral, fără plată suplimentară din partea asiguratului.

◆ SECȚIUNEA VIII

# *VIII.* Etapizare și pilotare

Cota nu intră direct la 30%: legea fixează o urcare în trei trepte, iar fiecare treaptă se deblochează doar dacă evaluarea anterioară arată că fondul comun și accesul celorlalți asigurați nu au fost afectate.

Cota crește de la 10% la 30% doar după ce fiecare etapă trece o poartă de evaluare




FIGURA 3 *Calendarul orientativ de implementare*

*Sursa: elaborare proprie.*

Pilotul se desfășoară în două sau trei județe alese pe benzi de ofertă: unul cu rețea privată extinsă, unul mediu și unul cu deficit de furnizori, ca să se vadă efectul și acolo unde alegerea este limitată. Evaluarea după pilot este făcută de o instituție independentă de CNAS și de inițiator, pe indicatorii din secțiunea VI. Calendarul ia în calcul expirarea CASS pe pensii la 31 decembrie 2027, astfel încât pilotul să pornească pe baza de contribuții din 2028 [4].

◆ ÎN ÎNCHEIERE

# Concluzii

Direcționarea a până la 30% din CASS este în noiembrie 2026 mai necesară și mai ușor de implementat decât în ianuarie: plățile din buzunar au ajuns la 33,6 mld lei, iar statul a construit deja, prin e-SănătateaMea, evidența individuală pe care mecanismul o folosește.

1. **Necesitatea s-a accentuat.** Pacientul plătește 26,3% din cheltuiala cu sănătatea direct din buzunar, mai ales în ambulatoriu, în timp ce fondul public, cu venituri record, are tot nevoie de rectificări pentru a închide anul [4][8][9].
2. **Fezabilitatea a crescut.** Legea nr. 157/2026 și e-SănătateaMea oferă temeiul legal și infrastructura, iar Legea nr. 141/2025 a lărgit baza de contribuabili, inclusiv la pensionari [1][2][4].

3. **Propunerea răspunde ambelor tabere din dezbaterea despre CNAS.** Păstrează fondul unic cerut de CNAS și introduce alegerea și concurența cerute de Ministerul Sănătății, fără asigurători care să selecteze riscuri [18][19].
4. **Costul este controlabil.** Într-un prim an cu cotă de 10%, costul net maxim pentru fond rămâne sub 4 mld lei la o adopție de până la 50%, compatibil cu excedentul teoretic din bugetul 2026 [7].
5. **Versiunea 2 corectează versiunea 1.** Banii urmează serviciul, nu opțiunea; pensionarii plătitori sunt incluși; cota are plafon pe persoană și etapizare; costul informatic va fi stabilit prin studiu de fezabilitate, nu estimat.
6. **Mecanismul preia ce a funcționat în alte sisteme.** Plata numai către furnizor, soldul anual, utilizarea pentru familie, garanția timpului maxim de așteptare, pragul minim pentru contribuțiile mici și prevenția întâi sunt soluții testate în opt sisteme de sănătate, preluate împreună cu limitele lor (5.6).

Pentru trecerea la redactarea finală a propunerii legislative, inițiativa solicită instituțiilor trei seturi de date, care pot modifica cifrele din această notă:

- Componenta CAM din veniturile FNUASS 2026 (estimată aici la aproximativ 4 mld lei), de la CNAS și Ministerul Finanțelor.
- Distribuția contribuțiilor CASS pe decile de venit și pe categorii de plătitori, de la ANAF, pentru calibrarea plafonului pe persoană.
- Costul estimat al modulului de direcționare în PIAS și e-SănătateaMea, printr-un studiu de fezabilitate CNAS.

◆ BIBLIOGRAFIE

# Referințe

Toate sursele au fost consultate pe 19 noiembrie 2026. Indexarea articolelor științifice a fost verificată în Web of Science Core Collection, Scopus și PubMed, iar pentru lucrările de economie și în RePEc. Toate sunt indexate în Scopus; toate, cu excepția [26], în Web of Science Core Collection; toate, cu excepția [33], în PubMed. Fiecare trimitere deschide, prin DOI, pagina editorului.


[1] Legea nr. 157/2026 pentru completarea art. 280 din Legea nr. 95/2006, Monitorul Oficial nr. 588 din 20 iulie 2026. Prezentare: Digi24, Cum va funcționa platforma e-SănătateaMea.

[2] Economedia, Noile funcționalități PIAS și portalul e-SănătateaMea, septembrie 2026.

[3] Euronews România, Platforma e-Sănătatea mea, lansată de peste o lună, dar cu puține programări, 8 octombrie 2026.

[4] Academia de Studii Economice din București (coord. S. Anagnoste), Transparența banilor din sistemul medical românesc, ediția a II-a, prezentare, 2026.

[5] Economedia, Studiu ASE: românii au plătit direct 33,6 miliarde de lei pentru sănătate în 2025, 1 octombrie 2026.

[6] Issue Monitoring, Bugetul sănătății în 2026: cum se schimbă finanțarea sistemului sanitar, 13 martie 2026 (proiectul legii bugetului).

[7] Agerpres, Președintele CNAS anunță că Fondul de Sănătate este stabil financiar, 24 iunie 2026.

[8] Revista Biz, Guvernul Luca Niculescu a aprobat prima rectificare bugetară, 30 octombrie 2026.

[9] Euronews România, 8,3 miliarde de lei pentru spitale, ambulanțe și tratamente, 30 octombrie 2026.

[10] Spotmedia, Pensionarii au plătit CASS de 1,83 miliarde de lei în 5 luni, 24 februarie 2026 (pe baza analizei Economica.net a execuției FNUASS).

[11] Economica.net, Execuția FNUASS în primul trimestru din 2026, 29 aprilie 2026.

[12] Romania Insider, Fiscal measures improved significantly Romanian public health system funding, august 2026.

[13] Economica.net, Execuțiile Fondului Sănătății: deficit după datele CNAS, excedent după datele MFP, 7 iunie 2026.

[14] Institutul Național de Statistică, câștigul salarial mediu, septembrie 2026. Preluare: Alba24, Salariul mediu brut a depășit 9.500 de lei.

[15] HG nr. 146/2026 privind salariul de bază minim brut pe țară. Prezentare: StartupCafe, Salariul minim de la 1 iulie 2026.

[16] Romania Insider, Health spending per capita in Romania remains lowest in the EU, 12 decembrie 2025 (pe baza State of Health in the EU: Romania Country Health Profile 2025, OECD și Observatorul European).

[17] European Observatory on Health Systems and Policies, Romania: Health System Review 2026.

[18] Agerpres, Ministrul Sănătății: pacienții vor avea mai multe opțiuni după spargerea monopolului CNAS, 20 februarie 2026.

[19] TVR Info, Președintele CNAS: Adevărata reformă din sănătate nu este spargerea monopolului CNAS, 15 februarie 2026.

[20] Cotidianul, Alexandru Rogobete, ministrul Sănătății în Guvernul Luca Niculescu, 2026.

[21] Digi24, Șeful CNAS, despre proiectul privind decontarea serviciilor medicale, 2026.

[22] Curtea de Conturi, raport de audit financiar asupra contului de execuție FNUASS pe 2024. Prezentare: Puterea.ro, Probleme financiare și de guvernanță la CNAS, 16 decembrie 2025.

[23] Curtea de Conturi, raport de audit privind PIAS. Prezentare: Curs de Guvernare, Problemele platformei CNAS, 27 octombrie 2025.

[24] ANAF, Comunicat privind termenul de depunere a formularului 230, mai 2026.

[25] Inițiativa „Banii tăi. Sănătatea ta. Alegerea ta.", nicusor-musat.ro.

[26] Mosca, I., Radu, C., Strilciuc, Ș., Ungureanu, M.-I. (2023). A five-year (2017-2021) time series evaluation of patient-reported informal healthcare payments in Romania. *Journal of Medicine and Life*, 16(3), 387-393. doi:10.25122/jml-2023-0080

[27] Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., McGuire, A. (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, 121(554), F228-F260. doi:10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x

[28] Brekke, K. R., Canta, C., Siciliani, L., Straume, O. R. (2021). Hospital competition in a national health service: Evidence from a patient choice reform. *Journal of Health Economics*, 79, 102509. doi:10.1016/j.jhealeco.2021.102509

[29] Moscelli, G., Gravelle, H., Siciliani, L., Santos, R. (2018). Heterogeneous effects of patient choice and hospital competition on mortality. *Social Science & Medicine*, 216, 50-58. doi:10.1016/j.socscimed.2018.09.009

[30] van de Ven, W. P. M. M. et al. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226-245. doi:10.1016/j.healthpol.2013.01.002

[31] Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., Van de Voorde, C. (2013). Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. *Health Policy*, 109(3), 209-225. doi:10.1016/j.healthpol.2013.01.005

[32] Wouters, O. J., Cylus, J., Yang, W., Thomson, S., McKee, M. (2016). Medical savings accounts: Assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Economics, Policy and Law*, 11(3), 321-335. doi:10.1017/S1744133116000025

[33] Cingl, L., Lichard, T., Miklánek, T. (2023). Tax designation effects on compliance: An online experiment with taxpayers. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 214, 615-633. doi:10.1016/j.jebo.2023.08.016

[34] Mușat, N. (2026). Nota de fundamentare, versiunea 1, 4 ianuarie 2026; componenta CAM din bugetul FNUASS 2025 preluată din fila de buget CNAS 2025.

[35] Euronews România, Cartea electronică de identitate captă o nouă funcție odată cu lansarea e-Sănătatea Mea, 2026.

[36] Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., Groot, W. (2014). The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *European Journal of Public Health*, 24(3), 378-385. doi:10.1093/eurpub/ckt118

[37] Tervisekassa (Fondul Estonian de Asigurări de Sănătate), Dental care benefit și Dental care, pagini consultate la 19 noiembrie 2026.

[38] Riigikontroll (Curtea de Conturi a Estoniei), Adult dental care benefit: has adult dental care benefit made dental care more accessible?, raport către Parlament, 16 noiembrie 2021.

[39] Guvernul Portugaliei, gov.pt, Receber vale cirurgia e nota de transferência, actualizat la 27 martie 2026.

[40] Siciliani, L., Moran, V., Borowitz, M. (ed.), What works? Waiting time policies, European Observatory on Health Systems and Policies.

[41] Tweede Kamer der Staten-Generaal, Kamerstuk 25 657, nr. 109: scrisoarea secretarului de stat pentru Sănătate privind introducerea trekkingsrecht pentru bugetele personale, 2015.

[42] Algemene Rekenkamer (Curtea de Conturi a Țărilor de Jos), Scrisoare către Tweede Kamer privind trekkingsrecht, Kamerstuk 25 657, nr. 220, 29 octombrie 2015.

[43] CPF Board (Singapore), How MediSave can help with your healthcare expenses, pagină consultată la 19 noiembrie 2026.

**[44]** China Daily, Recent national healthcare reforms explained, 20 februarie 2023 (despre ghidul Consiliului de Stat din aprilie 2021).

**[45]** Jones, K., Forder, J., Caiels, J., Welch, E., Glendinning, C., Windle, K. (2013). Personalization in the health care system: do personal health budgets have an impact on outcomes and cost? *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2 Suppl), 59-67. doi:10.1177/1355819613503152

**[46]** Dietrichson, J., Ellegård, L. M., Kjellsson, G. (2020). Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health Economics*, 29(6), 716-730. doi:10.1002/hec.4015

**[47]** Codul social german, Cartea a V-a, § 65a SGB V, bonusul pentru prevenție acordat de casele de asigurări.

**[48]** Roman-Urrestarazu, A., Yang, J. C., Ettelt, S., Thalmann, I., Seguel Ravest, V., Brayne, C. (2018). Private health insurance in Germany and Chile: two stories of co-existence, segmentation and conflict. *International Journal for Equity in Health*, 17, 112. doi:10.1186/s12939-018-0831-z

NM

NICUȘOR MUȘAT

*Participă.* ◆ *Contribuie.* ◆ *Îmbunătățește sistemul.*

BANII TĂI. SĂNĂTATEA TA. ALEGEREA TA.

Această inițiativă constituie un demers profesional, orientat spre modernizarea cadrului legislativ din domeniul sănătății. Proiectul urmărește dezvoltarea unor soluții concrete, sustenabile și aplicabile, menite să eficientizeze mecanismele de finanțare a sistemului de sănătate și să extindă accesul real al cetățenilor la servicii medicale.

NICUSOR-MUSAT.RO

Acest proiect nu reprezintă un partid politic.

Semnat cu CEI
19.11.2026 19:35
in aplicatia ROeID

MUSAT NICUSOR