



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”

Inechitățile actualului sistem de salarizare din sectorul public de sănătate

Autor:

Prof. univ. dr. Rotilă Viorel

Program: „Programul Educație și Ocupare” Prioritate: P01 „Modernizarea instituțiilor pieței muncii”

Obiectiv specific: ESO4.2 „Modernizarea instituțiilor și a serviciilor pieței muncii pentru ca acestea să evalueze și să anticipeze necesitățile în materie de competențe, să asigure o asistență promptă și personalizată și să sprijine corelarea cererii și a ofertei, tranzițiile și mobilitatea pe piața muncii (FSE+)”

Apel de proiecte: „Consolidarea dialogului social și a parteneriatelor pentru ocupare și formare I - Confederații”

Cod SMIS: 311262, Titlul proiectului: +CAP - Capacitarea CNS Cartel ALFA pentru îmbunătățirea și modernizarea dialogului social la toate nivelurile



CONFEDERAȚIA NAȚIONALĂ SINDICALĂ
CARTEL ALFA

+CAP - Capacitarea CNS Cartel ALFA pentru
îmbunătățirea și modernizarea dialogului social
la toate nivelurile, Cod SMIS: 311262





Fișa raportului

Element	Conținut
Obiect	Diagnoza inechităților salariale actuale din sistemul public de sănătate
Unitatea de analiză	Simulare individuală anonimă în Comparator; spital public în cadrul de referință
Date principale	57.333 simulări brute; 57.331 valide; 362 spitale; 216.035,9 posturi ocupate
Rezultate proiectate	Numai pentru cele 361 de spitale legate nominal de Comparator; 358 au posturi ocupate pozitive și contribuie efectiv la ponderare
Excluderi	Două simulări cu total brut zero; toate coloanele/scenariile PROIECT 2026
Tipul studiului	Observațional, transversal, descriptiv și contrafactual; eșantion voluntar, neprobabilistic
Standard de raportare	Structură IMRaD adaptată; trasabilitate a ipotezelor, definițiilor, numitorilor, limitelor și surselor
Monedă	Lei nominali; sume lunare, dacă nu se precizează altfel

Regulă de interpretare

Sumele de impact sunt estimări descriptive sau scenarii contrafactuale. Ele nu stabilesc creanțe salariale individuale, nu înlocuiesc fluturașul de salariu și nu demonstrează singure o discriminare juridică. Cele șase fenomene se suprapun; costurile nu trebuie însumate



Cuprins

Fișa raportului	1
Regulă de interpretare	1
Rezumat executiv	4
1. Obiective, context, întrebări și ponderare	6
1.1. Obiectiv general.....	6
1.2. Contextul și scopul studiului.....	6
1.2. Întrebări de cercetare.....	6
1.3 Sursele majore ale inechităților	7
2. Date și construcția referinței.....	7
2.1 Sursele de date	7
2.2. Comparatorul de salarii	8
2.3. Cadrul spitalelor publice	8
2.4. Legarea unităților.....	8
2.5. Calitatea cadrului pentru ponderare	8
2.6. Acoperirea teritorială	9
3. Metodologie	10
3.1. Precizări metodologice	10
3.2 Indicatorii centrali.....	11
3.3. Strategia de cuantificare pe criterii.....	11
3.4. Analize statistice	11
3.5. Reguli de validare	12
3.6. Metode și praguri	12
3.7. Limite ale studiului	12
4. Diagnosticul general al veniturilor actuale	13
4.1. Componentele totalului brut.....	13
4.2. Distribuții profesionale	13
4.3. Nominal versus real	14
5. Prima inegalitate: valori reale diferite ale sporurilor pentru categorii profesionale diferite, la același loc de muncă.....	15
5.1. Mecanismul	15
5.2. Rezultat	15
5.3. Amploare și impact	16
5.4. Exemplul ATI verificat.....	17
5.5. Interpretare	18
6. A doua inegalitate: erodarea recompensei pentru condiții de muncă	18
6.1. Mecanismul dinamic.....	18
6.2. Amploare	19
6.3. Exemple pe locuri de muncă	20
6.4. Percepția angajaților confirmă datele	21
6.5. Suport normativ	21
7. A treia inegalitate: aceeași funcție și același loc de muncă, recompense diferite între unități	21
7.1. Frecvență și impact	21
7.2. Intervalele locurilor de muncă	22
7.3. Exemple de situații profesionale.....	23
7.4. Testul agregat.....	26
7.5. Excepții instituționale.....	27
7.6. Câștigul mediu și mărimea spitalului	28
7.7. Ce sugerează datele CNAS.....	28
7.8. Amploare și impact	28



8. A patra inechitate: recompensa nu urmează coerent încărcarea, deficitul și complexitatea activității.	29
8.1. Sinteza rezultatelor	29
8.2. Obiectul analizei și întrebările testate	30
8.3. Surse de date, legare și unități de analiză	31
8.4. Profilul încărcării și deficitului în spitalele analizate	33
8.5. Corelația celei de-a treia inegalități cu încărcarea și performanța	34
8.6. Inegalitatea indusă de deficitul de personal: deficit fără primă de retenție	40
8.7. Concluzii	42
9. A cincea inegalitate: salarii de bază diferite pentru personalul TESA/nemedical	43
9.1. Ce confirmă datele	43
9.2. Amploare și impact	44
9.3. Poziționarea categoriei profesionale	45
9.4. Cauzele inegalității	45
9.5. Concluzia	46
10. Impactul stimulentei salariale	46
10.1. Obiectul și strategia de identificare	46
10.2. Limite metodologice	47
10.3. Straturile atipice identificate	47
10.4. Impactul și caracterul inechitabil al distribuției	48
10.5. Concluzii posibile	48
11. O evaluare a scenariului alternativ la proiectul unei noi legi a salarizării: acordarea drepturilor prevăzute de legea actuală	49
11.1. Estimarea costurilor recalculării sporurilor la salariul de bază în plată	49
11.2. Sporurile pentru condiții de muncă	49
11.3. Sporul de tură și munca în zilele libere/sărbători legale	50
12. Concluzii	51
12.1. Inechitățile sistemului actual de salarizare	51
12.2. Principalele surse ale inechităților	52
12.3. Ce ar trebui schimbat în noua lege a salarizării	53
13. Utilizarea inteligenței artificiale	56
13.1. Instrumentele utilizate	57
13.2. Natura și întinderea utilizării IA	57
13.3. Contribuția și controlul uman	58
13.4. Măsuri de asigurare a calității și limitele declarate	58
13.5. Delimitări: ce nu a realizat IA	59
13.6. Asumarea răspunderii	59



Rezumat executiv

Prezentul studiu evaluează inechitățile actualului model de salarizare a angajaților din sistemul public de sănătate din România, organizate pe cele șase categorii identificate în documentul „Concluziile generale ale studiului privind inechitățile salarizării în Sănătate”. Toate rezultatele sunt recalculate programatic din sursele primare: cele 57.333 de simulări individuale validate din Comparatorul de salarii FSSR, baza celor 372 de spitale publice publicată de CNAS (31 decembrie 2025), baza de referință a efectivelor și câștigurilor medii din spitalele publice (216.036 de posturi ocupate, noiembrie 2025), execuția bugetară lunară a cheltuielilor de personal și seria națională a posturilor pe categorii. Analiza privește exclusiv veniturile salariale actuale. Ea oferă, în același timp, setul de criterii față de care trebuie evaluat orice proiect de reformă a salarizării.

Principalele constatări, pe cele șase categorii de inechități:

1. Valori reale diferite ale sporurilor pe categorii, la același loc de muncă. Raportarea sporurilor la salariile de bază din 2018 (medici, asistenți), respectiv 2023 (restul personalului), face ca aceeași normă juridică să valoreze diferit în funcție de categorie: coeficientul de erodare median este 88,5% la medici, 71,4% la asistenți, 48,0% la alt personal superior, 39,5% la personalul auxiliar și 23,6% la TESA. Sporul nominal de 85% pentru ATI valorează, în termeni reali, 75% din salariul de bază în plată pentru medici, 61% pentru asistenți, 41% pentru alt personal superior și doar 34% pentru personalul auxiliar. ***Munca de valoare egală, prestată în același loc și cu același risc, nu mai este remunerată egal; aceeași normă juridică valorează de aproape trei ori mai puțin la baza ierarhiei.***

2. Erodarea continuă a drepturilor care diferențiază condițiile de muncă. Mediana reală a sporului CM este 21,3%, față de 35% nominal (rata de conversie: 71,3%) În întregul eșantion nu există niciun caz în care sporul să fie plătit integral la baza actuală. Pierderea mediană este de 721–1.596 lei/lună pe angajat cu spor, cea mai mare la personalul auxiliar. Decalajul agregat dintre valoarea nominală a sporurilor și valoarea real plătită este de ordinul a 208 milioane lei/lună (~2,5 miliarde lei/an) la nivelul sistemului, concentrat la asistenți (80 mil.) și personalul auxiliar (76 mil.), categoriile cu salarii medii și mici. ***Sistemul este afectat de „efectul Matei”: angajații cu veniturile cele mai mici suportă pierderile relative cele mai mari.***

3. Recompense diferite pentru aceleași locuri de muncă, în unități diferite. Pe 154 de celule comparabile (aceeași funcție, gradație și tip de secție, în cel puțin 5 unități), intervalul mediu dintre sporul minim și cel maxim declarat este de 32,3 puncte procentuale. Exemplul cel mai bine populat — asistent medical principal, gradația 5, ATI (2.817 simulări) — arată venituri nete între 6.895 lei (p10) și 8.646 lei (p90): o diferență de 25% (circa 1.750 lei/lună) pentru aceeași funcție, aceeași vechime și același tip de secție, în funcție exclusiv de unitatea angajatoare. Diferențele nu provin din negocierea intervalelor, ci din efectele plafonării cheltuielilor cu sporurile la 30% per ordonator de credite pe bugete istorice inegale.



4. Recompensa nu urmează încărcarea, deficitul și complexitatea. Niciun indicator de încărcare (gradul de ocupare a paturilor și a posturilor, deficitul față de normativ, ICM, TCP, cazurile decontate per angajat) nu are o asociere mai mare de $p = 0,10$ cu poziționarea sporului CM al unității. Toți indicatorii împreună explică 7,5% din variație, iar cu profilul instituțional 18,1%, peste 80% din diferențele de recompensă pentru muncă identică rămân fără corespondent în activitate. Între quartilele extreme ale spitalelor după ICM, complexitatea crește cu 60%, dar câștigul mediu doar cu 10%. **Deficitul de personal nu este compensat, ci dublu penalizat: unitățile din quartila superioară a deficitului au cea mai mare încărcare per angajat (+10%) și cel mai mic câștig mediu.** Finanțarea creșterilor salariale prin FNUASS variază cu 38% per post între unități (25% chiar la același profil), necorelată cu activitatea, dar corelată cu nivelul câștigurilor. **Diferențierea urmează finanțarea, iar finanțarea nu urmează activitatea.** Semnalul instituțional cel mai puternic este dat de faptul că **pentru aceeași funcție și același loc de muncă**, unitățile subordonate **Ministerului Sănătății acordă un spor pentru condițiile de muncă cu circa 5,9 puncte procentuale mai mic decât cele subordonate autorităților locale.**

5. Salarii de bază diferite pentru personalul TESA/nemedical. Trei mecanisme normative (traseul OUG 19/2024 vs. OUG 19+53/2024, încadrarea pe Anexa VII vs. VIII din Legea-cadru nr. 153/2017, cuantumurile compensatorii din OUG 41/2018) produc salarii de bază diferite pentru aceeași muncă, singura mare categorie la care chiar salariul de bază diferă între unități. Empiric, câștigul mediu TESA variază între spitale de la 5.444 la 17.278 lei (raport maxim/minim 3,17×; $p90/p10 = 1,57\times$), o dispersie inexplicabilă prin conținutul standardizat al muncii, pentru o categorie de 10.822 de posturi.

6. Stimulentele salariale constituie un strat suplimentar de inechitate. Adaosurile întemeiate pe legislația sănătății (anvelopă de ~71 mil. lei/lună la articolul bugetar dedicat; reziduuri pozitive atipice de ~75 mil. lei/lună) sunt triplu selective: concentrate într-o minoritate de spitale (23 din 216 la asistenți), maxime exact la categoria cu salariile de bază cele mai stratificate (TESA: median +21,3%) și necorelate cu resursele sau performanța unității. Jumătate din anvelopă trece printr-un articol rezidual, fără reguli publice de acordare. În forma actuală, stimulentele amplifică inechitățile în loc să recompenseze contribuția.

Scenariul alternativ cuantificat. Studiul estimează și **costul soluției pe care legislația actuală o conține deja: plata drepturilor existente la salariul de bază în plată.** Recalcularea sporurilor pentru condiții de muncă ar costa suplimentar 215 mil. lei/lună (2,58 mld. lei/an), iar a sporului de tură și a muncii în zilele libere/sărbători încă 51 mil. lei/lună (0,61 mld. lei/an), împreună **circa 266 mil. lei/lună (3,2 mld. lei/an), echivalentul a ~10,7% din cheltuielile de personal ale spitalelor publice. Aceasta este dimensiunea „datoriei de erodare” acumulate și, simultan, reperul de cost față de care trebuie judecată orice reformă. Eliminarea inechităților documentate aici nu este o opțiune printre altele, ci criteriul de validitate al noii legi a salarizării.**



1. Obiective, context, întrebări și ponderare

1.1. Obiectiv general

Studiul evaluează amploarea, distribuția profesională și instituțională, mecanismele observabile și impactul financiar al principalelor categorii de inechități.

Analizăm situația inechităților actuale în salarizarea din sistemul public de sănătate dintr-o dublă perspectivă: pentru a indica ce trebuie schimbat prin intermediul proiectului de lege a salarizării și pentru a evita preluarea în cadrul acestuia a unor măsuri ce se dovedesc eronate.

Concomitent cu analiza a ceea ce nu este bun în proiectul de lege trebuie desfășurată concomitent cu evaluarea a ceea ce este eronat în legislația actuală, inechitățile salariale oferind unul dintre punctele relevante de referință. Comparare situației actuale cu cea pe care ar putea să o genereze proiectul de lege evidențiază necesitatea utilizării a două întrebări complementare:

- Ce pierderi salariale ar putea genera noul proiect de lege?
- Ce pierderi salariale (corectări ale unor inechități salariale) s-ar putea pierde dacă nu ar fi adoptat proiectul de lege?

1.2. Contextul și scopul studiului

Sistemul actual de salarizare din sănătate este rezultatul suprapunerii mai multor straturi normative: Legea-cadru nr. 153/2017 (ierarhia și regulile generale, inclusiv plafonul de 30% pentru sporuri la nivel de ordonator principal de credite), Regulamentul de sporuri aprobat prin HG nr. 153/2018 (pentru personalul medical și auxiliar sanitar) și HG nr. 917/2017 (pentru personalul nemedical), OUG nr. 19/2024 (grilele în plată pentru personalul medical, auxiliar și nemedical/TESA), OUG nr. 53/2024 (majorările pentru personalul nemedical) și OUG nr. 41/2018 (cuantumi compensatorii). Elementul structural comun este raportarea sporurilor la salariile de bază aferente lunii martie 2018 (medici și asistenți medicali), respectiv anului 2023 (restul personalului), în timp ce salariile de bază în plată au continuat să crească.

Întrebarea centrală a studiului este descriptivă: **Care sunt inechitățile actualului sistem de salarizare, cât de mari sunt și pe cine afectează?** Răspunsul are o miză dublă. Pentru angajați, el arată unde și cât pierde față de litera nominală a drepturilor lor. Pentru decidenți, el furnizează un set de criterii de evaluare pentru orice construcție normativă viitoare, deoarece o lege nouă care nu corectează aceste mecanisme le va reproduce.

1.2. Întrebări de cercetare

- *La același procent nominal și în același loc de muncă, ce valoare reală are sporul CM pentru profesii diferite?*
- *Cât din recompensa teoretică pentru condiții de muncă este erodat prin raportarea la baze istorice sau prin înghețarea cuantumului?*
- *Cât de des variază sporul CM și totalul brut între persoane comparabile din unități diferite?*
- *Este susținută agregat afirmația că spitalele mici recompensează mai mult decât cele complexe/mari?*



- Pot fi observate două regimuri de salarizare TESA și poate fi atribuită diferența OUG 19/2024, OUG 53/2024 ori anexelor Legii-cadru?

1.3 Sursele majore ale inechităților

Există cinci surse normative majore ale inechităților, pe care analizele empirice de mai jos le regăsesc sistematic:

- Mecanismul de aplicare a Legii nr. 153/2017, ce a utilizat acordarea în etape diferite a creșterilor salariilor de bază pe categorii și efectul plafonării sporurilor la 30% pe ordonator de credite asupra diferitelor categorii de unități sanitare.
- Actele normative subsecvente, cu caracter anual, care au blocat raportarea sporurilor pentru condiții de muncă la noile salarii de bază, pe măsură ce acestea au crescut.
- OUG nr. 19/2024, care a generat exclusiv creșterea salariilor de bază, accentuând aplatizarea diferențierii drepturilor pe locuri, condiții și programe de muncă.
- Diversitatea modalităților de interpretare a prevederilor legale (ce nu a fost unificată de controalele Curții de Conturi).
- Decizii ale unor instanțe, impactul acestora fiind vizibil în cea mai mare măsură în cazul personalului nemedical/TESA.

2. Date și construcția referinței

Trasabilitatea eșantionului de simulări la cadrul național al spitalelor.

2.1 Sursele de date

Sursa	Conținut și utilizare
Comparatorul de salarii FSSR	57.333 simulări individuale validate (calculator.solidaritatea-sanitara.ro), exportul actualizat integral (IstoricComparator): funcție, gradație, tip secție, unitate, program, sporuri declarate și toate componentele de venit calculate pe legislația în vigoare. 54.347 simulări Sănătate (Anexa II) și 2.986 Administrație (TESA); 489 de unități declarate; 33 de simulări suplimentare au fost excluse la export (erori tehnice, documentate).
Baza spitalelor publice CNAS	372 de spitale publice („Performanță Spitale Publice”, cnas.ro/spitale, date la 31.12.2025; extras MS/DRNC 22.05.2026): ICM 2025, personal la normativ și cu CIM pe categorii, cheltuieli de personal, influențe salariale, valoarea serviciilor contractate.
Baza de referință a spitalelor	Snapshot noiembrie 2025 (362 de unități): posturi aprobate/ocupate și câștiguri medii brute pe categorii de personal, pe spital.
Execuția bugetară (MF)	Cheltuielile de personal ale spitalelor publice, lunar, ianuarie 2025 – mai 2026, cu detalierea salariilor de bază, sporurilor pentru condiții de muncă și altor sporuri.
Seria posturilor (MS)	Posturi ocupate pe categorii de personal, lunar, până în aprilie 2026 (medici 24.300; personal mediu 89.531; auxiliar 47.583; TESA 10.778; total ocupate 216.305).



2.2. Comparatorul de salarii

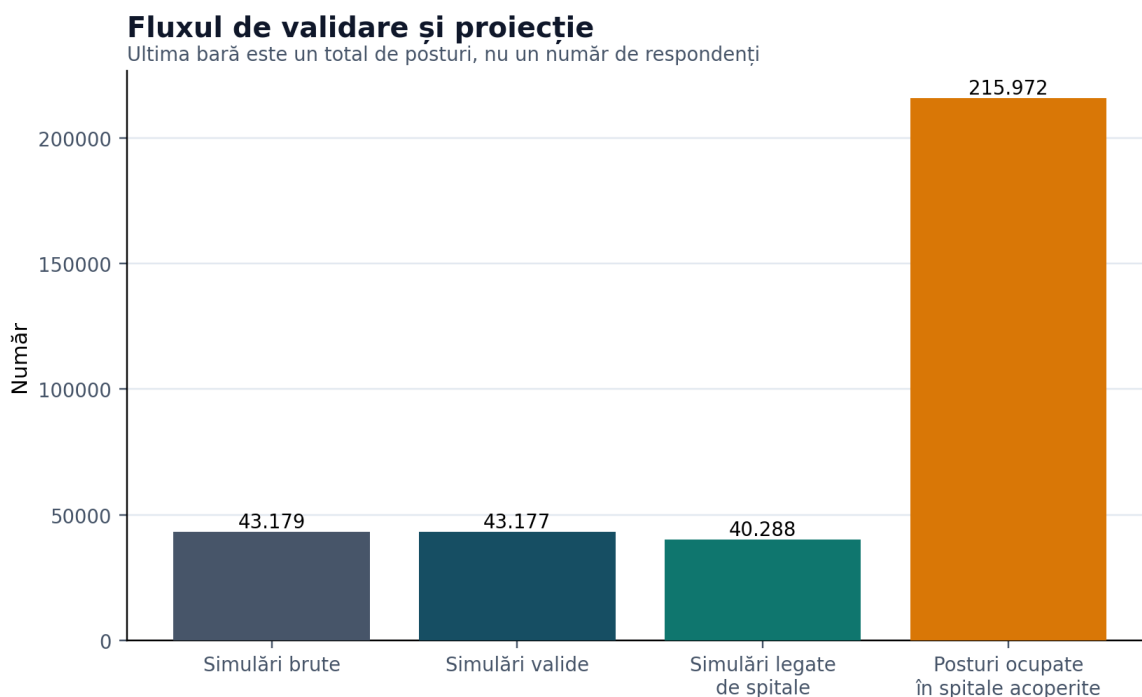
Baza de date Comparator salarii conține 57.333 simulări și 63 de variabile. Au fost păstrate 57.331 observații cu total brut actual pozitiv. Cele două cazuri excluse au salariu de bază pozitiv, dar total brut zero și componente incompatibile; ele sunt documentate în Anexa E. Identificatorii UID sunt unici.

2.3. Cadrul spitalelor publice

Cadrul de referință cuprinde 362 spitale și 216.036 posturi ocupate în noiembrie 2025. Pentru fiecare spital sunt disponibile CIF, județ, posturi aprobate/ocupate/vacante, paturi, structura resurselor umane și câștiguri medii brute pe grupe de personal.

2.4. Legarea unităților

Normalizarea denumirilor (diacritice, punctuație, spații) a legat 53.367 simulări de 361 spitale. Au rămas 3.964 simulări provenite în principal din servicii de ambulanță, DSP, centre de transfuzie și alte unități care nu fac parte din cadrul spitalelor. Un spital (Spitalul Orășenesc Victoria, 64 posturi ocupate) nu are simulări.



Fluxul de validare, legare și proiecție

Sursa: calcule proprii pe baza Comparatorului și, unde este cazul, a cadrului spitalelor publice.

2.5. Calitatea cadrului pentru ponderare

Ponderea de design a fiecărei simulări este raportul dintre posturile ocupate și numărul de simulări din spital în prima jumătate a anului 2026. Suma ponderilor este 215.972 posturi. Mărimea efectivă Kish (eșantionul efectiv, scăzut după ponderare) este 31.128; mediana ponderii este 4,50, percentila 99 este 14,65, iar maximul 74,5. Trei unități cu denumire legată au raportat



zero posturi ocupate în cadrul de referință. Cele 129 de simulări aferente rămân în analizele neponderate, dar au pondere zero.

Limită de reprezentativitate

Ponderarea corectează dimensiunea spitalelor, nu selecția voluntară a profesiei în interiorul lor. În absența probabilităților de includere și a structurii complete a personalului pe funcție-gradație–loc de muncă, estimările ponderate sunt proiecții calibrate instituțional, nu estimatori de sondaj cu intervale de încredere valide.

2.6. Acoperirea teritorială

Tabelul 1. Cadrul și acoperirea Comparatorului pe județe

Județ	Spitale	Posturi ocupate	Simulări	Simulări/100 posturi
Bucuresti	48	41.298,5	6.527	15,8%
Iasi	19	14.370,0	3.520	24,5%
Cluj	18	13.944,0	2.738	19,6%
Timis	14	10.712,0	1.767	16,5%
Mures	9	9.547,0	2.219	23,2%
Dolj	12	8.012,0	989	12,3%
Bihor	11	6.612,5	782	11,8%
Constanta	12	6.474,0	932	14,4%
Brasov	13	5.994,0	1.733	28,9%
Prahova	16	5.839,0	1.178	20,2%
Hunedoara	12	4.989,1	1.103	22,1%
Maramures	8	4.988,0	1.255	25,2%
Galati	9	4.959,0	1.481	29,9%
Arges	14	4.716,0	717	15,2%
Bacau	7	4.638,0	671	14,5%
Sibiu	7	4.601,0	704	15,3%
Suceava	9	3.856,5	665	17,2%
Harghita	5	3.370,0	470	13,9%
Neamt	6	3.305,5	886	26,8%
Alba	9	3.271,0	812	24,8%
Botosani	5	3.133,0	844	26,9%
Olt	5	3.117,0	290	9,3%
Dambovita	4	3.114,6	441	14,2%
Buzau	5	3.113,8	529	17,0%
Satu Mare	4	3.088,0	386	12,5%
Arad	7	3.033,5	367	12,1%
Gorj	8	3.008,8	433	14,4%



Vaslui	4	2.865,2	734	25,6%
Valcea	6	2.669,0	712	26,7%
Braila	4	2.598,0	443	17,1%
Bistrita Nasaud	4	2.462,0	405	16,5%
Vrancea	5	2.161,2	428	19,8%
Covasna	4	2.151,2	321	14,9%
Caras Severin	5	2.037,0	331	16,2%
Teleorman	6	1.992,0	415	20,8%
Salaj	4	1.785,0	262	14,7%
Mehedinti	4	1.745,0	237	13,6%
Calarasi	5	1.629,0	283	17,4%
Ialomita	4	1.545,0	339	21,9%
Tulcea	2	1.386,5	328	23,7%
Giurgiu	3	1.155,0	439	38,0%
Ilfov	3	749,0	43	5,7%
nan	3	0,0	129	—%

Notă: București este tratat ca unitate teritorială distinctă. Indicatorul de acoperire nu este rată de răspuns în sens probabilistic.

3. Metodologie

3.1. Precizări metodologice

Deși prevederile legale aplicabile pentru salarizarea angajaților din sănătate sunt identice, există cel puțin trei seturi de variabile care pot genera rezultate reale diferite:

- Variația unor drepturi salariale între minim și maxim. Cea mai evidentă este situația sporurilor pentru condiții de muncă.

- Variația interpretării prevederilor legale, alături de perspectiva subiectivă a angajaților de la resurse umane intervenind și interpretările date de instanțe.

- Existența altor drepturi salariale, cea mai evidentă fiind situația stimulentei salariale.

Aceste variabile (alături de dovezile anecdotice) justifică ipoteza existenței unor diferențe semnificative ale veniturilor salariale reale, unele dintre ele putând fi o sursă de inechitate.

Pentru a corecta această situație am utilizat datele furnizate de utilizatorii [Comparatorului salariilor din Sănătate](#)¹ în perioada mai-iulie 2026, partea privitoare la calculul drepturilor salariale actuale.

Deoarece studiul utilizează mai multe surse de date, analizele pot reproduce discretele incoerențe dintre ele.

¹ <https://calculator.solidaritatea-sanitara.ro/>



3.2 Indicatorii centrali

Indicator	Definiție operațională	Interpretare
Spor CM real (%)	$100 \times \text{suma actuală a sporului CM} / \text{salariul de bază actual}$	Valoarea efectivă a sporului în raport cu baza în plată
Raport real/nominal (%)	$100 \times \text{spor CM real} / \text{procent CM nominal}$	Gradul de conversie a normei nominale în recompensă reală
Eroziune CM (lei)	$\max[0, \text{bază actuală} \times \text{CM nominal} / 100 - \text{suma CM actuală}]$	Contrafactualul aplicării procentului nominal la baza actuală
Celulă strictă	Funcție + studii + gradație + program + loc + tip unitate + CM + tip spor + ore noapte + ore ZNL + izolare	Testează egalitatea mecanică atunci când toate intrările sunt identice
Celulă largă	Funcție + studii + gradație + program + loc de muncă; $n \geq 3$	Lasă să varieze alegerile locale și componentele activității
Impact ponderat	$\Sigma \text{impact individual} \times \text{posturi ocupate} / \text{simulări în spital}$	Proiecție asupra spitalelor acoperite

3.3. Strategia de cuantificare pe criterii

- Criteriul 1. În fiecare pereche loc de muncă–procent nominal cu minimum două profesii și minimum 10 observații/profesie, reperul este cea mai bună mediană de conversie real/nominal. Impactul este un scenariu de paritate, nu un drept legal.
- Criteriul 2. Se calculează pentru orice procent CM nominal pozitiv, fiind contrafactualul raportării la salariul de bază actual.
- Criteriul 3. Se raportează un interval: corecție până la mediana celulei (reper prudent) și până la maximul observat (limită superioară).
- Criteriul 4. Mărimea spitalului și tipul dedus din denumire sunt proxy-uri²; cadrul nu conține indice de complexitate/caz-mix.
- Criteriul 5. Se compară valoarea mediană a unui coeficient salarial.
- Criteriul 6. Se descrie numai distribuția funcțiilor de execuție, deoarece nu există funcții de conducere în baza de date.

3.4. Analize statistice

Sunt folosite distribuții, mediane, percentile, ponderi instituționale, coeficienți Gini³, corelații Spearman între mărimea spitalului și câștigurile medii și teste Kruskal–Wallis⁴ între clase de

² Presupun utilizarea unui indicator indirect pentru o variabilă care nu poate fi măsurată direct (variabilă proxy) și practica de a colecta date de la un respondent surrogat (proxy respondent).

³ Indicator folosit pentru a măsura gradul de inegalitate în distribuția veniturilor în cadrul populației cercetate. Valorile sale variază între 0 și 1 (sau între 0 și 100 dacă este exprimat ca procent):

- 0 (egalitate perfectă): toți membrii grupului au exact același venit.
- 1 (inegalitate maximă): o singură persoană deține toate veniturile, în timp ce restul populației nu are nimic.

Regula utilizată: cu cât valoarea este mai mare, cu atât inegalitatea socială este mai accentuată.

⁴ Testul Kruskal-Wallis este o metodă statistică neparametrică folosită pentru a compara trei sau mai multe grupuri independente. Analizează dacă există diferențe semnificative între medianele acestor grupuri



mărime. Valorile p sunt descriptive și nu repară selecția neprobabilistică. Sensibilitatea impacturilor a fost testată prin plafonarea ponderilor la percentila 99 și recalibrarea la totalul posturilor. Diferențele rezultate sunt mici pentru criteriile 1–3 și 5.

3.5. Reguli de validare

- Componentele salariale actuale se însumează la totalul brut cu abatere maximă de 0,02 lei și zero cazuri cu abatere absolută peste 0,05 lei.
- Numitorii pentru „toate observațiile”, „spor nominal pozitiv” și „spor efectiv pozitiv” sunt raportați separat.
- Exemplele din variantele anterioare sunt păstrate numai dacă se reproduc în baza finală.
- Cauzalitatea juridică nu este dedusă dintr-o diferență statistică; sunt necesare actul de încadrare și statul de plată.
- Estimările pe criterii se suprapun și nu sunt aditive.

3.6. Metode și praguri

Analiza folosește statistici robuste (mediane, cuartile, rapoarte p_{90}/p_{10}), corelații de rang Spearman și descompuneri pe categorii profesionale derivate transparent din funcția declarată. Baza de date conține șase macro-categorii profesionale:

- medici și farmaciști 9.292;
- rezidenți 3.451;
- asistenți și personal mediu 33.050;
- personal auxiliar 6.468;
- ;
- TESA 2.986;
- alt personal superior 2.086.

Pentru comparațiile între unități se folosesc celule omogene (funcție × gradație × tip secție) cu minimum 10 observații în cel puțin 5 unități. Pentru indicatorii pe spitale se aplică un filtru de plauzibilitate documentat (câștiguri medii între 3.000 și 30.000 lei; 6 valori TESA excluse), identic metodologic cu studiile anterioare.

3.7. Limite ale studiului

- **Eșantionul comparatorului este voluntar (auto-selecție):** el nu este probabilistic, dar dimensiunea (57.333 de simulări) și acoperirea (305 spitale, toate județele) îi conferă o putere descriptivă ridicată. Ponderea respondenților cu spor de condiții de muncă (97,6%) este mai mare decât în populație, ceea ce recomandă prudență la extrapolarea sumelor agregate.
- **Salariile de bază din comparator sunt calculate din grilele legale pe baza datelor introduse de respondent.** În consecință, în interiorul unei celule identice (funcție, studii, gradație) ele nu variază empiric. Diferențele de salarii de bază dintre unități pentru TESA sunt, de aceea, tratate normativ (mecanismele legale) și empiric prin baza spitalelor (câștiguri medii raportate de unități), nu prin comparator.
- **Sporul declarat în comparator reflectă situația raportată de angajat.** Erorile individuale de declarare sunt posibile, dar distribuțiile pe mii de observații și convergența cu execuția



bugetară (ponderea sporurilor de 26,6–27,3% din salariile de bază în 2025–2026) susțin validitatea de ansamblu.

- **Corelațiile raportate sunt asocieri, nu relații cauzale.** Acolo unde un rezultat nu confirmă o ipoteză anterioară, acest lucru este spus explicit.

Test de robustețe: versiunea actualizată a comparatorului (57.333 de simulări, +32,8% față de exportul anterior de 43.179) reproduce identic toate ancorele analitice (coeficienții de erodare pe categorii, valorile reale la sporul de 85%, profilurile p90/p10 ale unităților și mediana de 65% în ATI/UPU), stabilitate așteptată pentru indicatorii determinați de grile și care confirmă robustețea compozițională a rezultatelor. Valorile de volum și pierderile mediane sunt actualizate corespunzător noii baze.

4. Diagnosticul general al veniturilor actuale

4.1. Componentele totalului brut

Prevalența și volumul tuturor componentelor salariale actuale

Componentă	N pozitiv	% observații	Mediană pozitivă (lei)	Total ponderat/lună	% din brut ponderat
Salariu de bază	57.331	100,0%	6.904	1.821,9 mil. lei	69,73%
Spor tură	17.701	41,0%	533	44,0 mil. lei	1,69%
Spor noapte	5.375	12,4%	195	5,8 mil. lei	0,22%
Spor zile nelucrătoare	27.420	63,5%	776	111,5 mil. lei	4,27%
Spor condiții de muncă	55.973	97,6%	1.676	499,0 mil. lei	19,10%
Spor unități	55	0,1%	220	0,1 mil. lei	0,00%
Spor localități izolate	138	0,3%	644	0,6 mil. lei	0,02%
Indemnizație hrană	20.005	46,3%	347	33,8 mil. lei	1,29%
Indemnizație OUG	24.195	56,0%	500	59,6 mil. lei	2,28%
Indemnizație zile nelucrătoare	25.370	58,8%	300	36,3 mil. lei	1,39%

Salariul de bază reprezintă 69,73% din totalul brut ponderat, iar sporul CM 19,10%. Continuitatea (tură, noapte, zile nelucrătoare și indemnizația aferentă) este distribuită inegal în funcție de activitatea declarată și nu trebuie confundată cu inechitatea deoarece ea poate reflecta ore efectiv lucrate. Comparatorul nu conține un istoric care să permită separarea perfectă între muncă diferită și tratament diferit.

4.2. Distribuții profesionale

Tabelul 3. Distribuția veniturilor actuale pe categorii profesionale

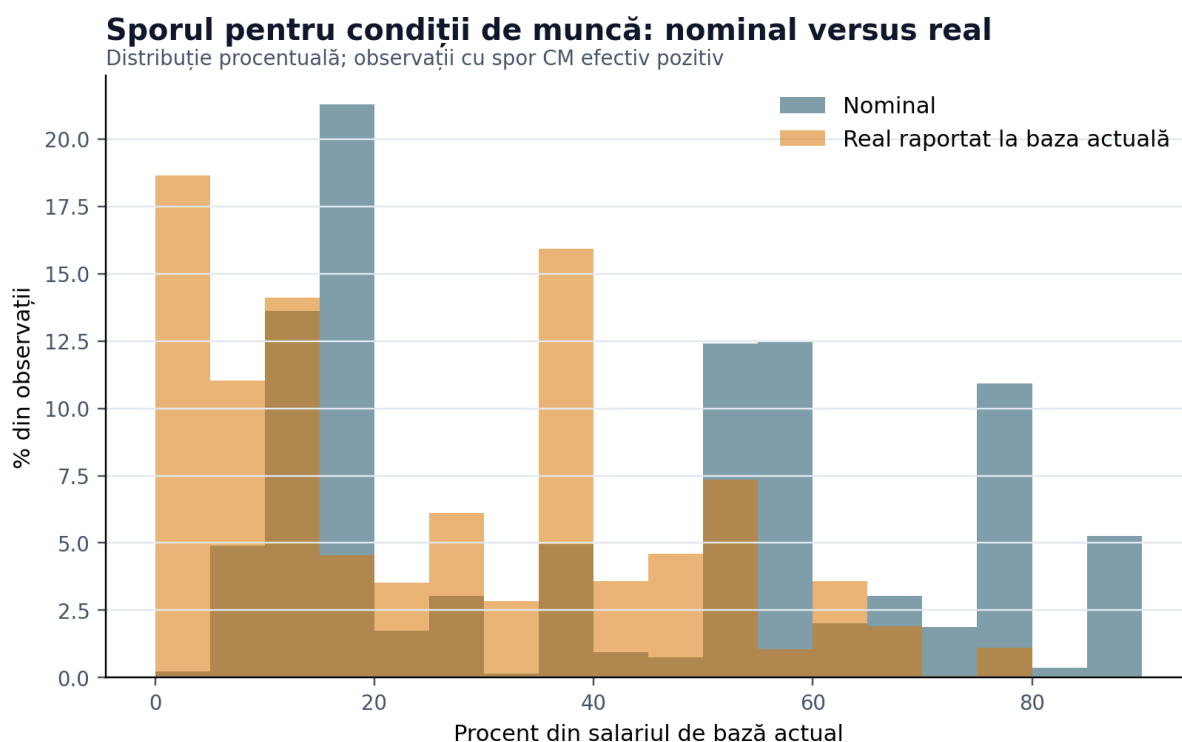
Categorie	N	Bază mediană	Brut median	Net median	CM nominal	CM real
Medici	8.628	13.590	18.396	10.762	35%	28,0%



Asistenți medicali/moașe	23.765	6.816	10.503	6.144	45%	32,3%
Specialiști paraclinici	1.246	9.016	10.199	5.967	25%	12,6%
Alte funcții	1.022	7.427	9.989	5.844	15%	10,7%
Ambulanțieri/șoferi	368	6.429	9.931	5.810	55%	27,7%
TESA/administrativ	2.986	7.186	8.447	4.942	15%	3,3%
Personal auxiliar sanitar	4.648	5.470	7.636	4.467	50%	18,7%
Registratori/statisticieni	1.142	5.837	7.229	4.229	38%	17,9%

4.3. Nominal versus real

În toate cele 57.331 observații, mediana CM nominal este 35%, iar mediana reală 21,3%; ponderat, mediana reală este 19,8%. Pentru cele 55.973 observații cu sumă CM efectiv pozitivă, numitorul comparabil cu variantele anterioare, medianele sunt 40% nominal și 22,1% real. Rata mediană de conversie⁵ este 71,3%.



Figură 1 Distribuția sporului CM nominal și real

Testul raportării la baza actuală a căutat o rată real/nominal între 95% și 105%. Rezultatul este 0 cazuri. Există 5.294 cazuri între 88% și 95%, predominant în rândul medicilor; acestea indică o erodare mai mică, nu aplicarea integrală a procentului la baza actuală.

⁵ Indicator statistic care reprezintă punctul de mijloc al ratelor de conversie dintr-un set de date. Aceasta măsoară procentul utilizatorilor care finalizează acțiunea de comparare a salariilor din totalul celor care au început acest proces. Precizăm că acest studiu reține partea inițială a acestui proces: calculul veniturilor salariale actuale.



5. Prima inegalitate: valori reale diferite ale sporurilor pentru categorii profesionale diferite, la același loc de muncă

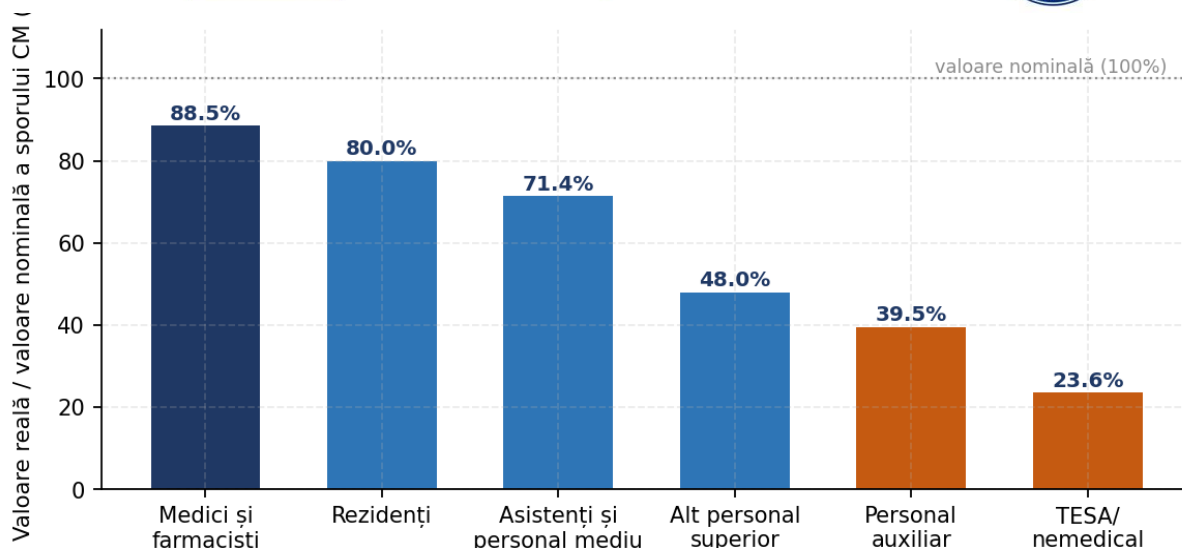
5.1. Mecanismul

Sporurile pentru condiții de muncă se calculează, potrivit legislației în vigoare, prin aplicarea procentului asupra salariului de bază aferent lunii martie 2018 (medici și asistenți medicali), nu asupra salariului de bază în plată. Cum salariile de bază au evoluat diferit pe categorii după aceste momente de referință, același procent nominal produce valori reale diferite pentru persoane care lucrează în aceeași secție, expuse acelorași condiții.

Indicatorul utilizat este **coeficientul de erodare**, acesta exprimând raportul dintre procentul real al sporului (suma încasată raportată la salariul de bază în plată actual) și procentul nominal declarat. Un coeficient de 100% ar însemna că sporul „valorează” exact cât spune legea, orice valoare sub 100% măsurând pierderea.

5.2. Rezultat

Au fost identificate 145 perechi loc-procent nominal și 380 celule profesionale eligibile. Față de cea mai bună rată mediană de conversie din fiecare pereche, 41.011 simulări sunt sub reper; proiecția instituțională este de 147.491 posturi. Scenariul de paritate este 63,9 mil. lei/lună. Cu ponderi plafonate, 64,0 mil. lei/lună.



Figură 2 Coeficientul de erodare median al sporului pentru condiții de muncă, pe categorii (57.333 simulări; n cu spor = 55.974)

Ierarhia erodării este inversă ierarhiei salariale: cu cât categoria este mai jos plasată în grilă, cu atât sporul ei real valorează mai puțin din cel nominal. În medie, medicii păstrează 88,5% din valoarea nominală, asistenții și personalul mediu 71,4%, alt personal superior 48,0%, personalul auxiliar 39,5%, iar TESA doar 23,6%. **Aceeași normă juridică valorează, așadar, de aproape patru ori mai puțin la baza ierarhiei decât la vârful ei.**

5.3. Amploare și impact

Categoria	Spor nominal median (%)	Spor real median (%)	Coeficient de erodare	Pierdere mediană (lei/lună)
Medici și farmaciști	85	75,2	88,5%	845
Rezidenți	75	60,0	80,0%	721
Asistenți și personal mediu	75	53,6	71,4%	903
Alt personal superior	75	36,0	48,0%	1.171
Personal auxiliar	75	29,6	39,5%	1.596
TESA/nemedical	15	3,5	23,6%	973

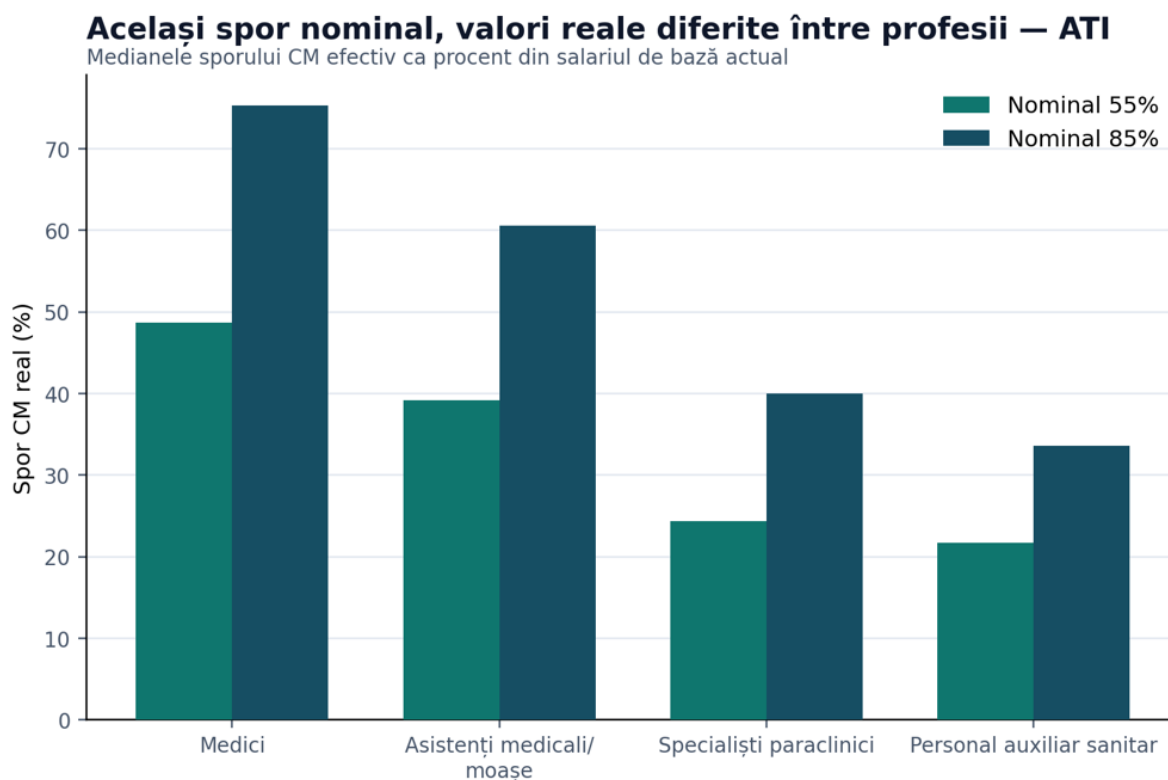
Erodarea sporului pentru condiții de muncă pe categorii (mediane; pierderea = sporul nominal aplicat la baza actuală – sporul real încasat)

Pierderea lunară mediană pe angajat cu spor variază între 721 lei (rezidenți) și 1.596 lei (personal auxiliar). Ordinea pierderilor în lei nu urmează ordinea salariilor: personalul auxiliar (categoria cu unele dintre cele mai mici venituri) suportă cea mai mare pierdere absolută, pentru că baza lui de calcul (2023) este cea mai îndepărtată de salariul în plată, iar procente nominale din secțiile cu



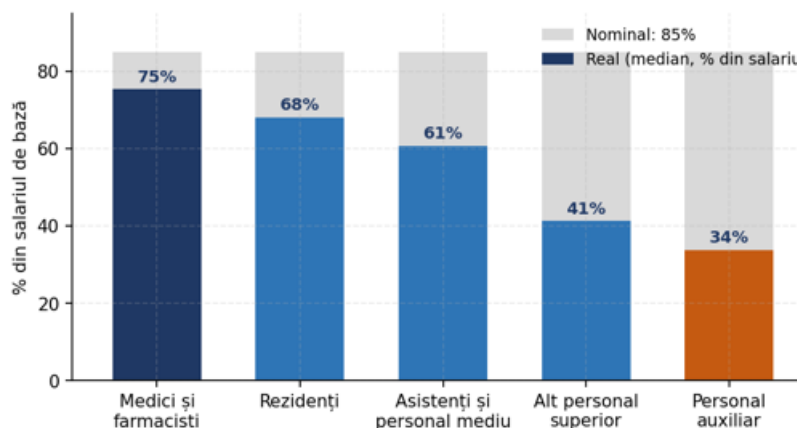
risc rămân ridicate. Inechitatea este dublă, deoarece aceleași riscuri în aceeași secție, este recompensată diferit ca procent real iar pierderea cea mai mare o suportă cei plătiți cel mai puțin.

5.4. Exemplul ATI verificat



Valoarea reală a aceluiași spor nominal în ATI

La 85% nominal, mediana reală este 75,3% pentru medici, 60,6% pentru asistenți, 40,0% pentru specialiștii paraclinici și 33,6% pentru personalul auxiliar. La 55% nominal, valorile sunt 48,7%, 39,2%, 24,3% și 21,7%. Diferențele din documentul-cadru sunt confirmate în ordin de mărime; forma finală folosește valorile exacte ale bazei.



Figură 3 Sporul nominal de 85% (secții deosebit de periculoase): valoarea reală mediană, ca procent din salariul de bază în plată (n = 2.914 simulări cu spor de 85%)

Exemplul-limită este sporul maxim de 85%, specific secțiilor încadrate la condiții deosebit de periculoase (ATI, unele structuri de urgență, leprozerii): pentru medici el valorează real 75% din salariul în plată, pentru rezidenți 68%, pentru asistenți 61%, pentru alt personal superior 41%, iar pentru personalul auxiliar 34%.

5.5. Interpretare

Același procent nominal nu este aceeași recompensă relativă atunci când suma sporului conservă o bază istorică diferită de baza actuală, iar salariile de bază au evoluat asimetric între profesii. Scenariul de cca. 63,9 milioane lei/lună egalizează rata de conversie cu cea mai bună mediană din celulă, fiind o măsură de magnitudine a diferențierii, nu o recomandare automată de uniformizare a tuturor profesiilor.

6. A doua inegalitate: erodarea recompensei pentru condiții de muncă

6.1. Mecanismul dinamic

În timp ce prima categorie descrie o fotografie, a doua descrie dinamica situației. Cât timp bazele de calcul privind sporurile pentru condiții de muncă rămân înghețate (martie 2018) iar salariile de bază și prețurile continuă să crească, valoarea relativă a sporurilor scade de la o lună la alta, fără nicio decizie explicită de reducere. Diferențierea pentru condiții de muncă (rațiunea de a fi a sporurilor) se subțiază continuu: **două posturi identice ca salariu de bază, spre exemplu unul în secție obișnuită și unul în ATI, se apropie ca venit total pe măsură ce sporul celui din ATI valorează tot mai puțin.**

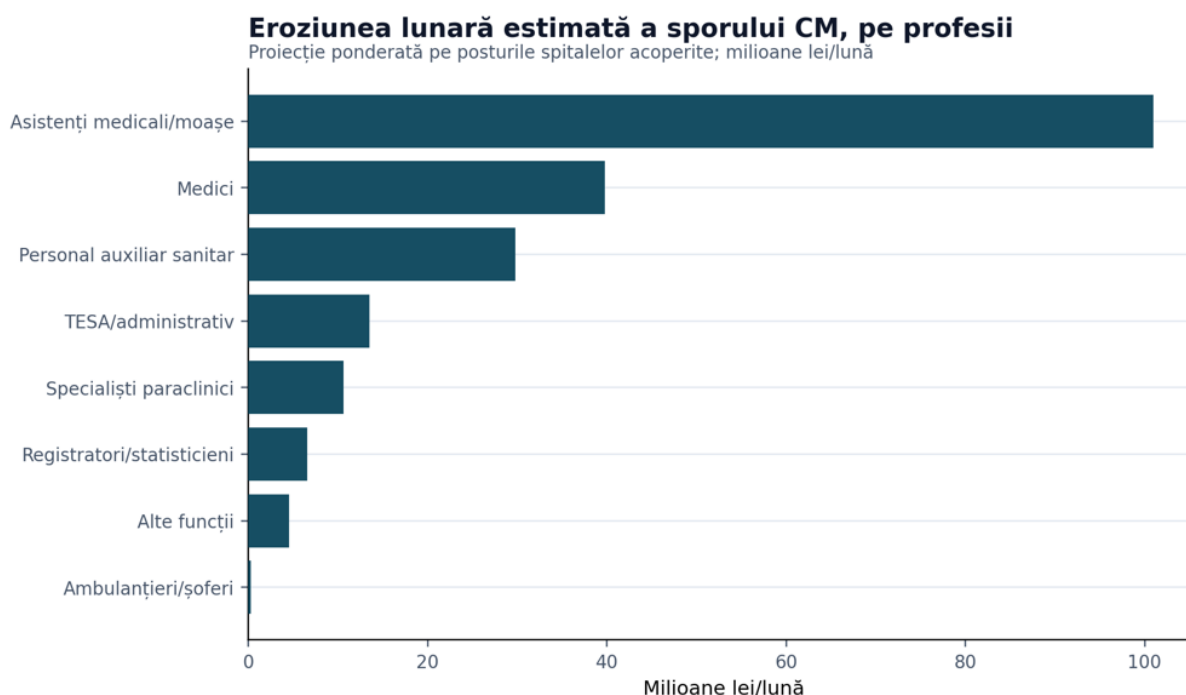
Execuția bugetară confirmă mecanismul la scară sistemică, arătând că sporurile plătite reprezintă, în medie, 26,6% din salariile de bază în 2025 și 27,3% în prima parte a anului 2026 (aproximativ 480 de milioane lei/lună în 2026; procentul mai amplu în 2026 este un efect al intervalului selectat), sub plafonul de 30% al art. 25 din Legea 153/2017, dar mult sub nivelul pe



care l-ar produce procentele nominale aplicate la bazele actuale. Diferența dintre cele două niveluri este chiar măsura agregată a erodării.

6.2. Amploare

Dintre observațiile valide, 55.974 au procent CM nominal pozitiv. Proiecția pentru spitalele acoperite este de 210.684 posturi,⁶ cu o diferență contrafactuală de 205,0 mil. lei/lună (estimare convergentă cu metoda pe categorii din tabelul următor - 208,4 mil. lei/lună) sau 2,47 mld. lei/an. Mediana diferenței individuale în eșantion este 934 lei/lună. Sensibilitatea cu ponderi plafonate produce cca. 205,4 mil. lei/lună.



Figură 4 Eroziunea CM proiectată pe categorii profesionale

Din perspectiva eroziunii financiare, ponderea sumelor este dată de combinația amplitudinii celor două variabile: diferența dintre valoarea nominală a sporului pentru condiții de muncă și valoarea reală, respectiv ponderea fiecărei categorii de personal din număr total de angajați.

Categoria	Populație (posturi ocupate, apr. 2026)	Pondere cu spor CM (comparator)	Estimare pierdere agregată (mil. lei/lună)
Asistenți și personal mediu	89.531	99%	80,2
Personal auxiliar	47.583	99%	75,5
Medici și farmaciști	24.300	98%	20,2
Rezidenți	26.704	95%	18,2

⁶ Studiul folosește două referințe de populație: seria națională a posturilor (aprilie 2026) pentru proiecțiile de erodare și baza de referință a spitalelor (noiembrie 2025) pentru extrapolarea costurilor; diferențele dintre cifre reflectă perioada, nu o inconsistență. Totalul 204.278 nu include muncitorii/deservirea.



TESA/nemedical	10.778	78%	8,1
Alt personal superior	5.382	99%	6,2
Total	204.278	—	208,4

Estimarea pierderii agregate din erodare (mediana pierderii × populația categoriei × ponderea cu spor; estimare de ordin de mărime, sensibilă la autoselecția eșantionului)

Estimarea agregată (aproximativ 208 milioane lei/lună; cca. 2,5 miliarde/an) trebuie citită ca ordin de mărime, nu ca cifră contabilă, deoarece ponderea respondenților cu spor este mai mare decât în populație, iar medianele pe categorii ascund eterogenitate internă. Însă, chiar și cu o corecție severă la jumătate, decalajul rămâne de ordinul sutelor de milioane de lei lunar, dimensiunea economică a diferenței dintre litera nominală a legii și plata reală.

6.3. Exemple pe locuri de muncă

Loc de muncă	N	CM nominal median	CM real median	Impact ponderat/lună
secții și compartimente cu paturi de ATI și de terapie intensivă	5.665	70%	48,7%	45,8 mil. lei
structurile de primire a urgențelor - UPU-SMURD, UPU, CPU	3.177	73%	44,0%	24,9 mil. lei
altă secție/compartiment	3.505	15%	4,4%	14,4 mil. lei
bloc operator	1.779	50%	35,9%	11,3 mil. lei
secțiile și compartimentele cu paturi din specialitățile psihiatrie	1.269	60%	42,9%	8,8 mil. lei
unități de pneumoftiziologie (TBC)	1.122	65%	46,6%	8,4 mil. lei
structurile de primire a urgențelor - UPU-SMURD și UPU	955	75%	48,7%	8,2 mil. lei
anatomie patologică	880	65%	48,7%	7,9 mil. lei
secții și compartimente cu paturi de neurologie, neurologie pediatrică și neurochirurgie	1.093	35%	25,1%	4,9 mil. lei
secții și compartimente cu paturi din specialitățile: traumatologie vertebro-medulară și neuromotorie, chirurgie cardiovasculară, chirurgie cardiacă și a vaselor mari, chirurgie vasculară, chirurgie toracică, ortopedie și traumatologie, chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă, chirurgie și ortopedie pediatrică, chirurgie generală	2.150	15%	10,6%	3,2 mil. lei



secții/compartimente cu paturi de oncologie medicală, oncologie pediatrică, radioterapie, hematologie oncologică	653	40%	28,0%	2,8 mil. lei
institutele de medicină legală și serviciile de medicină legală județene	333	63%	46,4%	2,6 mil. lei

Primele trei contribuții sunt ATI (45,8 milioane lei/lună), UPU/CPU (24,9 milioane) și categoria „altă secție/compartiment” (14,4 milioane). Aceste valori reflectă simultan numărul estimat de posturi, baza salarială, procentul nominal și diferența dintre baza actuală și cea implicită în cuantumul plătit.

6.4. Percepția angajaților confirmă datele

Triangularea cu studiul CVP (CCDSS, 2026) arată că angajații identifică precis mecanismul, itemii cu cel mai puternic consens din întreaga cercetare fiind cei privind baza 2018: „Menținerea bazei 2018 pentru calculul sporurilor este o problemă majoră” (M = 4,97 din 5), „Aștept ca noua lege să corecteze modul de raportare a sporurilor” (M = 4,96), „Raportarea sporurilor la salarii de bază înghețate creează inechitate” (M = 4,88), „Calcularea sporurilor la baza 2018 reduce semnificativ valoarea lor reală” (M = 4,87), „Practic, procentul real al sporului meu este mult mai mic decât cel prevăzut” (M = 4,85).

6.5. Suport normativ

HG nr. 153/2018 stabilește intervalele și condițiile sporurilor în sănătate, iar Legea-cadru nr. 153/2017 instituie limita agregată de 30%. OUG nr. 91/2017 a crescut doar salariile de bază, amplificând fenomenul. Actele fiscal-bugetare succesive au menținut cuantumul. Pentru 2026, art. XVII din Legea nr. 141/2025 menține sporurile cel mult la nivelul lunii decembrie 2025 pentru aceeași funcție și aceleași condiții. Datele confirmă rezultatul financiar al înghețării, însă nu pot alocă proporții cauzale fiecărui act normativ.

7. A treia inegalitate: aceeași funcție și același loc de muncă, recompense diferite între unități

Regulamentul de sporuri stabilește intervale (nu valori fixe) pentru fiecare tip de secție, iar plafonul de 30% la nivel de ordonator principal de credite, rostogolit la procente diferite asupra unităților, obligă fiecare unitate să „împartă” un buget limitat de sporuri între secții. Rezultatul îl constituie faptul că procentul efectiv primit pentru aceeași muncă depinde de unitatea angajatoare (ordonatorul principal de credite; cele mai defavorizate fiind unitățile din subordinea Ministerului Sănătății, de bugetul ei, de structura ei de secții și de negocierea internă), nu doar de condițiile obiective ale locului de muncă.

7.1. Frecvență și impact

Dintre 2.413 celule larg comparabile, 1.954 (81,0%) au procente CM diferite și 1.506 (62,4%) au un ecart brut >10%. Sub mediana celulei se află 10.695 simulări, echivalentul a 53.561 posturi, cu un



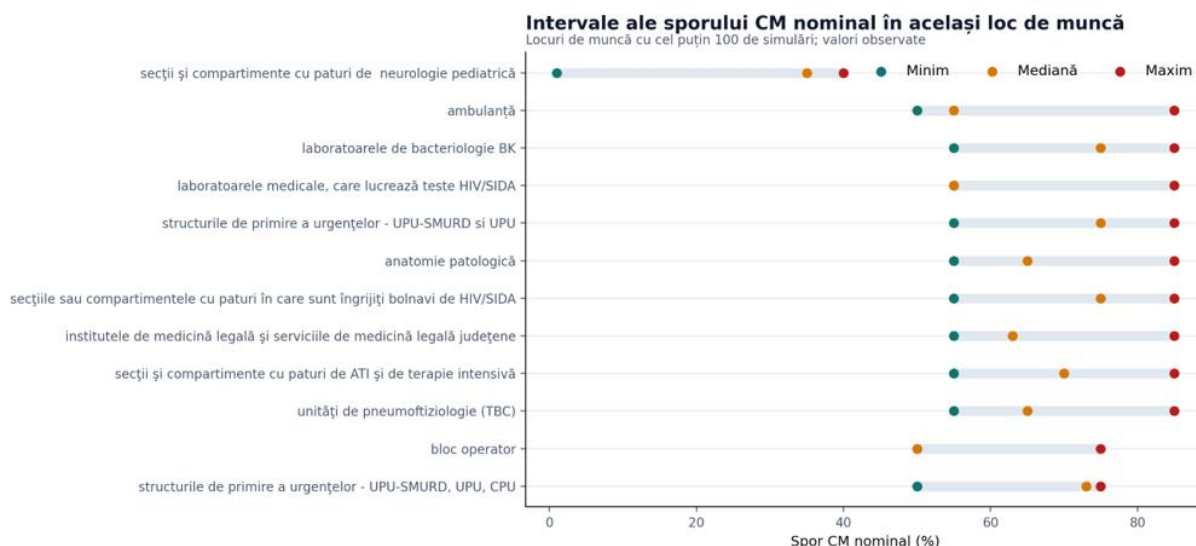
scenariu de 43,7 mil. lei/lună. Până la maximul observat, limita superioară este 104.395 posturi și 160,8 mil. lei/lună.

Interval, nu cost unic

Reperul median este prudent. Reperul maxim este sensibil la valori legitime determinate de activitate și reprezintă o limită superioară. Niciunul nu poate fi însumat cu eroziunea CM sau paritatea interprofesională.

7.2. Intervalele locurilor de muncă

Loc de muncă	N	Unită ți	Interval CM	Mediană nominală	Mediană reală
secții și compartimente cu paturi de neurologie pediatrică	164	79	10–40%	35%	15,9%
ambulanță	1.289	95	50–85%	55%	39,2%
secții și compartimente cu paturi de ATI și de terapie intensivă	5.665	250	55–85%	70%	48,7%
unități de pneumoftiziologie (TBC)	1.122	129	55–85%	65%	46,6%
structurile de primire a urgențelor - UPU-SMURD și UPU	955	94	55–85%	75%	48,7%
anatomie patologică	880	146	55–85%	65%	48,7%
institutele de medicină legală și serviciile de medicină legală județene	333	56	55–85%	63%	46,4%
secțiile sau compartimentele cu paturi în care sunt îngrijiți bolnavi de HIV/SIDA	149	32	55–85%	75%	48,7%
laboratoarele de bacteriologie BK	109	46	55–85%	75%	46,5%
laboratoarele medicale, care lucrează teste HIV/SIDA	100	42	55–85%	55%	39,4%
structurile de primire a urgențelor - UPU-SMURD, UPU, CPU	3.177	224	50–75%	73%	44,0%
bloc operator	1.779	152	50–75%	50%	35,9%



Figură 5 Intervalele CM nominal în același loc de muncă

7.3. Exemple de situații profesionale

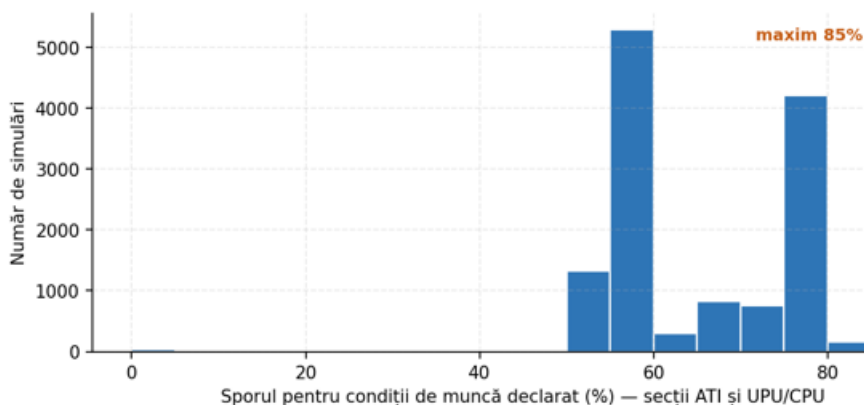
Funcție	Loc de muncă	Gr ad.	N	CM	Brut min–max	Ecart
Asistent medical principal	secții și compartimente cu paturi de neurologie pediatrică	gr. 5	37	10–40%	8.152–11.647	42,9%
Asistent medical principal	bloc operator	gr. 5	278	50–75%	10.264–14.634	42,6%
Farmacist primar	farmaciile cu circuit închis aflate în unitățile sanitare județene	gr. 5	5	0–5%	10.135–14.353	41,6%
Asistent medical principal	altă secție/compartiment	gr. 5	357	0–15%	8.043–11.389	41,6%
Medic primar	institutele de medicină legală și serviciile de medicină legală județene	gr. 5	22	55–85%	33.994–47.825	40,7%
Asistent medical principal	secții și compartimente cu paturi de ATI și de terapie intensivă	gr. 5	773	55–85%	11.749–16.496	40,4%
Asistent medical principal	psihiatrie, cu excepția secțiilor, compartimentelor cu paturi laboratoarele și compartimentele paraclinice și din structurile	gr. 5	27	35–50%	9.840–13.797	40,2%



	de primire a urgențelor din spitalele de psihiatrie					
Biolog specialist	unități de pneumoftiziologie (TBC)	gr. 5	3	55–85%	9.935–13.883	39,7%
Asistent medical principal	secții și compartimente cu paturi de ATI și de terapie intensivă	gr. 3	185	55–85%	10.109–14.109	39,6%
Asistent medical principal	secții și compartimente cu paturi de ATI și de terapie intensivă	gr. 4	284	55–85%	10.349–14.442	39,5%

Exemplu verificat: pentru medic primar, studii superioare, gradația 5, program 6 ore, medicină legală, 22 de observații din 15 unități, CM nominal variază 55–85%, iar totalul brut 33.994–47.825 lei, ecart 40,7%. În ATI, asistent medical principal S, gradația 5, program 8 ore, 773 observații din 137 de unități: CM 55–85% și brut 11.749–16.496 lei.

Exemple de secții



Figură 6 Distribuția sporului pentru condiții de muncă declarat în secțiile ATI și UPU/CPU (n = 14.850)

Celulă	Profesie	N	CM real median	Conversie real/nominal
ATI • nominal 55%	Asistenți medicali/moașe	1.485	39,2%	71,2%
ATI • nominal 55%	Medici	421	48,7%	88,6%
ATI • nominal 55%	Personal auxiliar sanitar	229	21,7%	39,5%
ATI • nominal 55%	Specialiști paraclinici	22	24,3%	44,2%
ATI • nominal 85%	Asistenți medicali/moașe	663	60,6%	71,3%
ATI • nominal 85%	Medici	262	75,3%	88,6%
ATI • nominal 85%	Personal auxiliar sanitar	121	33,6%	39,5%
ATI • nominal 85%	Specialiști paraclinici	12	40,0%	47,1%



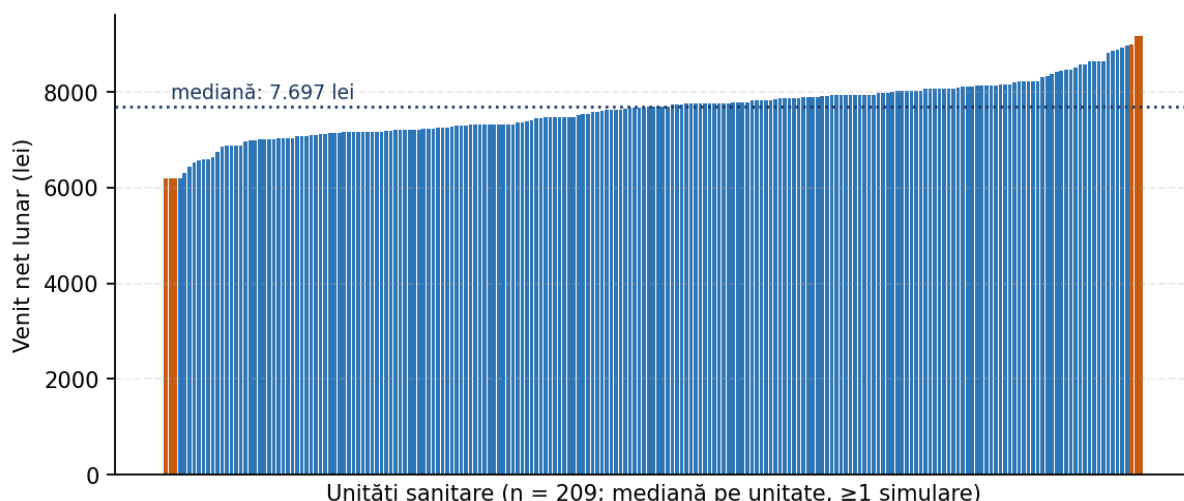
În secțiile cu cel mai ridicat risc (ATI și UPU/CPU), unde nivelul maxim reglementat este 85%, doar 12,7% dintre respondenți îl primesc. 87,3% se situează sub maxim, mediana fiind 65%. Practic nimeni nu coboară sub 55%, ceea ce arată că unitățile comprimă sporurile în banda 55–84%, exact comportamentul așteptat sub constrângerea plafonului, plătindu-se cât permite bugetul, nu cât justifică riscul.

Pe cele 154 de celule comparabile (aceeași funcție, aceeași gradație, același tip de secție, prezente în cel puțin 5 unități, cu minimum 10 observații), intervalul mediu dintre sporul minim și cel maxim declarat este de 32,3 puncte procentuale, iar intervalul p90–p10 mediu este de 26,9 puncte procentuale: diferențe de aproape o treime, raportat la salariul de bază (nominal), pentru muncă identică.

Exprimată în valoarea reală a sporului (raportată la salariul în plată), diferența dintre unități arată următoarele date privind profilul unităților din decila superioară față de profilul celor din decila inferioară (mediane pe unitate, secții ATI, unități cu ≥ 5 simulări pe categorie):

Categoria	Media sporului în unitățile din decila superioară (p90)	Media sporului în unitățile din decila inferioară (p10)
Medici	75%	49%
Asistenți medicali	61%	39%
Personal de specialitate (paraclinic)	36%	25%
Personal auxiliar sanitar	34%	22%

Valoarea reală a sporului ATI: profilurile p90 vs. p10 ale unităților (90 de unități la medici, 150 la asistenți, 11 la paraclinic, 53 la auxiliar).



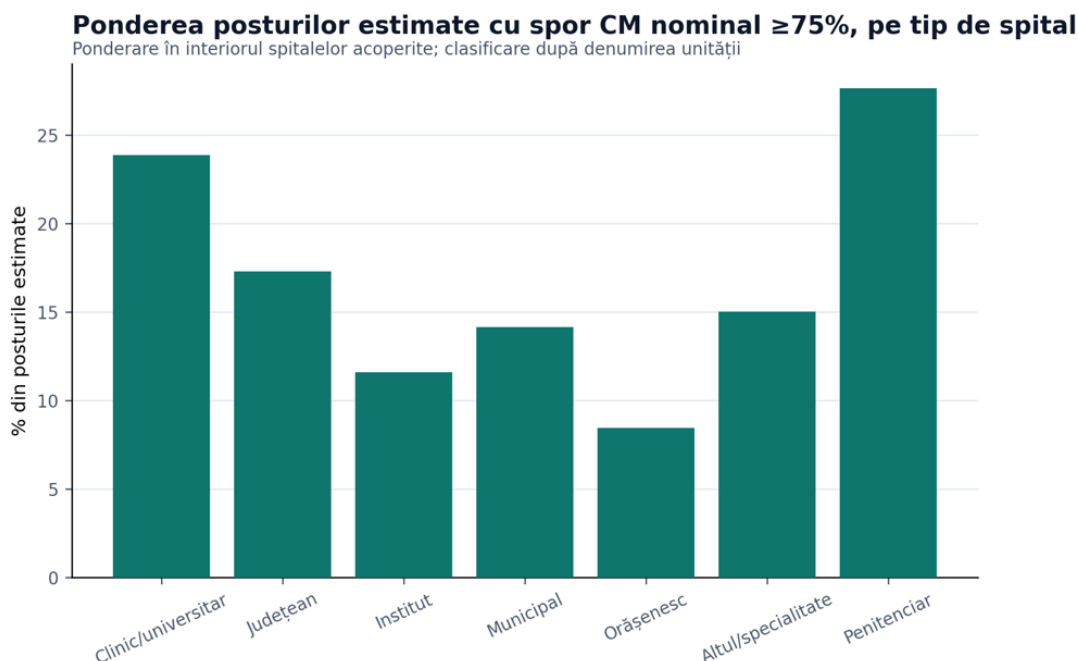
Figură 7 Exemplu: asistent medical principal, gradația 5, secție ATI — venitul net median pe unități (n = 2.817 simulări)

Exemplul cel mai bine populat îl constituie: asistent medical principal, gradația 5, în ATI (2.817 simulări). Sporul declarat variază între 55% și 85%, iar venitul net variază între 6.895 lei (p10) și

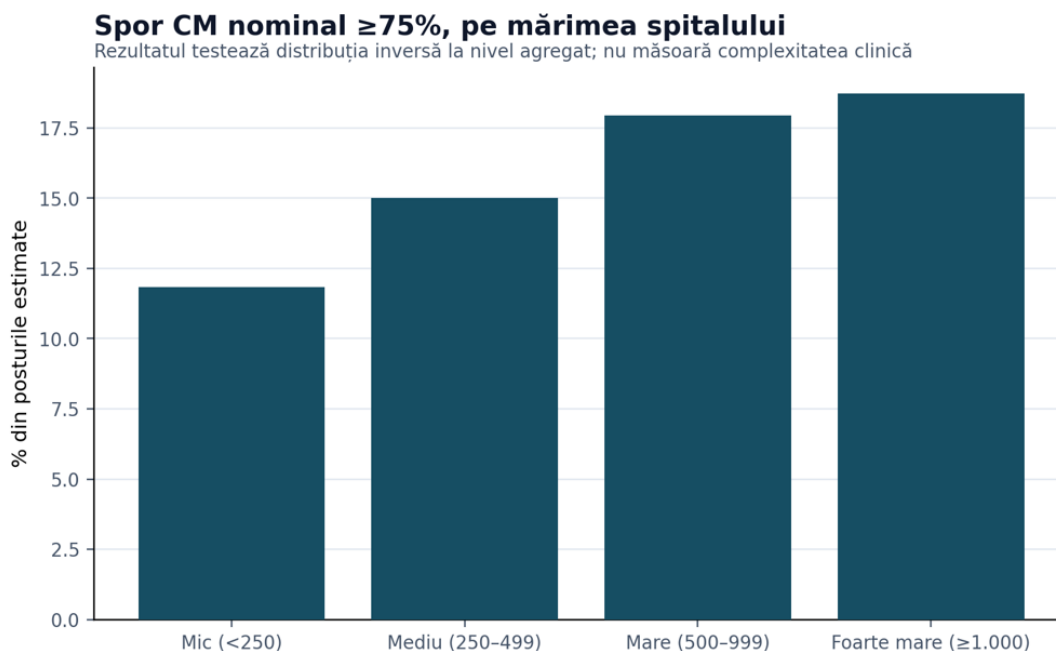


8.646 lei (p90) — o diferență de 25% (circa 1.750 lei/lună) pentru aceeași funcție, aceeași vechime, același tip de secție, în funcție exclusiv de unitatea angajatoare.

7.4. Testul agregat



Figură 8 Spor CM nominal $\geq 75\%$ pe tip de spital



Figură 9 Spor CM nominal $\geq 75\%$ pe clasa de mărime



Ponderea ponderată a posturilor cu $CM \geq 75\%$ crește de la 11,8% în spitalele mici și 15,0% în cele medii la 18,0% în cele mari și 18,7% în cele foarte mari. Clinic/universitar are 23,9%, județean 17,3%, municipal 14,2% și orășenesc 8,5%. Prin urmare, ipoteza unei inversări generale bazată pe această distribuție nu este confirmată, direcția agregată fiind opusă. Există câteva excepții de la această tendință, pe care le prezentăm separat.

Rămân în continuare de evaluat aspectele adiționale care ar putea susține această ipoteză.

7.5. Excepții instituționale

Spital	Județ	Posturi	N	CM $\geq$ 75	CM med.	CM real med.
Spitalul de Pneumoftiziologie „Constantin Anastasatu” Mihăești	Valcea	98,0	21	90,5%	85%	60,8%
Spitalul de Pneumoftiziologie Botoșani	Botosani	131,0	43	79,1%	85%	60,6%
Spitalul de Pneumofiziologie „Sfântul Ștefan” București	Bucuresti	185,5	73	76,7%	75%	53,6%
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș” Craiova	Dolj	610,0	54	72,2%	85%	55,4%
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara	Timis	591,5	115	68,7%	85%	60,8%
Spitalul „Profesor Dr. Eduard Apetrei” Buhuși	Bacau	343,0	47	68,1%	75%	53,4%
Spitalul Municipal Orăștie	Hunedoara	268,1	48	66,7%	75%	53,4%
Spitalul de Pneumoftiziologie Brăila	Braila	193,0	29	65,5%	85%	45,7%
Spitalul de Psihiatrie Murgeni	Vaslui	90,0	14	64,3%	75%	53,5%
Spitalul de Psihiatrie „Efremie Diamandescu” Bălăceanca	Ilfov	200,0	19	63,2%	75%	53,6%
Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” București	Bucuresti	1.243,0	225	61,3%	75%	53,4%
Spitalul Clinic „Sf. Maria” București	Bucuresti	494,0	68	55,9%	75%	44,9%

Auditul-proxy identifică 1.038 simulări din 117 unități mici/medii, neclinice, ne-județene și ne-institut, cu $CM \geq 75\%$, echivalentul a 5.884 posturi. Acestea sunt excepții relevante de politică, nu neapărat o dovadă că fiecare spital mic este mai bine plătit decât unul complex (pot fi însă analizate din perspectiva unui capăt de dovadă).



7.6. Câștigul mediu și mărimea spitalului

Grup	N spitale	ρ Spearman	p	H Kruskal	p
medici	358	0,246	0,0000	29,56	0,0000
personal medical mediu	359	0,145	0,0058	14,72	0,0021
personal auxiliar	355	0,057	0,2806	9,42	0,0242
personal TESA	359	-0,225	0,0000	11,31	0,0102

Pentru medici, corelația cu mărimea este pozitivă, dar modestă ($\rho=0,246$; $p<0,001$). Pentru TESA este negativă ($\rho=-0,225$; $p<0,001$). Există dispersie mare și cazuri atipice. Exemplul public Leamna–Elias se reproduce numeric în mediile spitalelor (31.776 versus 19.576 lei pentru medici; +62,3%), dar nu poate fi calificat drept inechitate fără aceeași specialitate, structură a gărzilor și complexitate.

7.7. Ce sugerează datele CNAS

Datele CNAS arată că diferențele de spor nu pot fi explicate printr-o singură constrângere bugetară. Ponderea cheltuielilor de personal în valoarea serviciilor și ponderea influențelor salariale în cheltuielile de personal nu se corelează semnificativ cu poziția sporului pentru aceeași funcție și același loc de muncă. În schimb, valoarea contractată și realizată per membru de personal au o asociere pozitivă, modestă, cu procentul sporului, iar subordonarea Ministerului Sănătății este asociată, în modelul exact, cu un nivel cu aproximativ 6 puncte procentuale mai mic. Prin urmare, diferențierea dintre unități pare să depindă mai curând de anvelopa contractuală per angajat și de circuitul instituțional de distribuire a plafonului decât de deficit, gradul de ocupare sau complexitatea cazurilor. Aceste relații sunt descriptive și necesită auditul bugetelor de sporuri pentru confirmarea mecanismului.

7.8. Amploare și impact

Fenomenul privește toți angajații din secțiile cu intervale de spor, adică practic aproape întregul personal clinic (peste 160.000 de posturi ocupate în categoriile medicale). Pentru cei aproximativ 30.000 de angajați din structurile de tip ATI/UPU (extrapolare pe baza ponderii acestor secții în simulări), plasarea sub maxim la mediana de 65% echivalează, la salariile de bază 2018/2023, cu diferențe de ordinul a 400–900 lei/lună față de colegii din unitățile care plătesc 85%, la risc identic. Percepția angajaților confirmă: itemul „Același post are salarii și sporuri diferite în spitale diferite” înregistrează $M = 4,30$ în studiul CVP.



8. A patra inechitate: recompensa nu urmează coerent încărcarea, deficitul și complexitatea activității.

Această secțiune analizează corelația dintre a treia inegalitate (recompense diferite între unități pentru aceeași muncă) și încărcarea cu sarcini a unităților sanitare.

8.1. Sinteza rezultatelor

Concluzia centrală

Diferențele dintre sporurile acordate pentru aceeași funcție și același loc de muncă nu sunt explicate coerent de deficitul de personal, gradul de ocupare sau complexitatea cazurilor. Datele indică doar o adaptare modestă la volumul de activitate pe angajat și o asociere mai clară cu resursele contractuale pe angajat. Cel mai puternic semnal instituțional este un nivel mai redus al sporului în unitățile subordonate Ministerului Sănătății, după compararea strictă a acelorași funcții și locuri de muncă.

Ipoteza testată este următoarea: dacă diferențele de recompensă dintre unități pentru aceeași funcție și același loc de muncă (a treia inegalitate) ar reflecta diferențe de încărcare cu sarcini, atunci poziționarea sporului pentru condiții de muncă al unei unități ar trebui să fie corelată cu indicatorii de activitate și de deficit. **Datele resping ipoteza** deoarece niciun indicator de încărcare (gradul de ocupare a paturilor, gradul de ocupare a posturilor, deficitul de personal, ICM, TCP, cazurile decontate per angajat) nu are o asociere mai mare de $p = 0,10$ cu poziționarea sporului CM al unității în celulele comparabile.

Toți cei opt indicatori de încărcare, luați împreună, explică doar 7,5% din variația poziționării sporului CM între unități. Adăugând profilul instituțional (tip de paturi $\times$ nivel de competență), se ajunge la 18,1%. **Peste 80% din diferențele de recompensă pentru muncă identică rămân fără corespondent în activitate sau profil.**

La nivelul câștigurilor medii pe categorii, corelațiile cu încărcarea sunt slabe ($p = 0,2-0,3$ la medici pentru ICM și ocupare) și dispar în interiorul aceluiași nivel de competență (medici, nivel III: $p = 0,07$ cu ICM, nesemnificativ, la o dispersie $p90/p10$ a câștigului de $1,43\times$). Pentru TESA, corelația cu ICM și cu ocuparea este nulă, veniturile categoriei fiind integral decuplate de activitatea unității.

Deficitul de personal nu este compensat salarial, ci dimpotrivă: unitățile din cuartila superioară a deficitului față de normativ au cea mai mare încărcare per angajat (mediana zilelor de spitalizare per angajat: 121,5, cu circa 10% peste restul) și cel mai mic câștig mediu (10.286 lei față de 10.625–10.754 lei în celelalte quartile). **Aceasta configurează o dublă penalizare: mai multă muncă per angajat și venituri mai mici, în aceleași unități.**



Analiza identifică o inegalitate suplimentară: finanțarea diferențiată a drepturilor salariale. Influențele salariale decontate prin FNUASS variază între unități de la 6.163 lei/post/lună (p10) la 8.533 lei/post/lună (p90) — un raport de 1,38× care persistă (1,25×) chiar între spitalele acute de același nivel de competență (IV) — și nu sunt corelate cu niciun indicator de încărcare (ocupare: $p = 0,01$; zile/angajat: $p = -0,02$), dar sunt corelate cu câștigurile plătite ($p = 0,27$ în interiorul stratului). **Diferențierea salarială urmează finanțarea, iar finanțarea nu urmează activitatea.**

Deficitul de personal nu este recompensat. În definiția exactă a aceleiași munci, corelația dintre deficitul total față de normativ și poziția sporului CM este practic nulă ($=+0,031$; $p=0,694$). Modelul cu efecte fixe estimează doar +0,14 puncte procentuale pentru o abatere standard a deficitului ($p=0,791$). Rata posturilor vacante are, de asemenea, efect nul ($+0,06$ pp; $p=0,905$).

Gradul de ocupare și ICM nu determină în mod robust recompensa. Gradul de ocupare ponderat nu are efect în comparația strictă ($+0,52$ pp/abatere standard; $p=0,455$), iar ICM este nesemnificativ inclusiv în spitalele acute ($+0,29$ pp; $p=0,674$). TCP prezintă doar un semnal pozitiv slab/la limită dependent de model.

Volumul efectiv pe angajat produce numai o ajustare modestă. Cazurile decontate, zilele de spitalizare și cazurile acute ponderate ICM per membru de personal sunt asociate cu aproximativ +1,1–1,4 pp ale sporului CM pentru o abatere standard în modelele simple cu efecte fixe. Magnitudinea este redusă față de ecartul inter-unități de circa 32,3 pp identificat în draft.

Capacitatea financiară per angajat contează mai mult decât deficitul. Valoarea contractată și valoarea realizată CNAS per membru de personal sunt asociate cu aproximativ +1,9, respectiv +2,1 pp ale sporului CM pentru o abatere standard. În schimb, ponderea cheltuielilor de personal în valoarea serviciilor nu are legătură observabilă cu nivelul sporului.

Subordonarea instituțională este un predictor material. În modelul exact, unitățile marcate în baza CNAS ca subordonate Ministerului Sănătății acordă, în medie, un spor CM cu aproximativ 5,9 pp mai mic pentru aceeași funcție, gradație, program și același loc de muncă, după controlul mărimii, competenței, deficitului, ocupării, ICM, TCP și indicatorilor financiari ($p=0,001$). Estimarea rămâne între -4,7 și -6,4 pp în modelele de sensibilitate.

Nu există o „primă de penurie” nici la nivelul câștigului mediu. Corelația dintre deficitul categoriei și câștigul mediu brut este nesemnificativă la medici, asistenți, personal auxiliar, TESA și muncitori/deservire (p între -0,039 și +0,069).

Complexitatea instituțională se transmite selectiv. ICM se corelează pozitiv cu câștigul mediu al medicilor, personalului mediu și auxiliar, dar nu cu cel al TESA sau al muncitorilor/deservire. Pentru TESA, dispersia p90/p10 rămâne foarte mare (circa 1,58), fără a fi explicată de ICM ori deficit.

8.2. Obiectul analizei și întrebările testate

Analiza extinde capitolul privind „A treia inegalitate: aceeași funcție și același loc de muncă, recompense diferite între unități” din draftul studiului. Draftul demonstrează deja amplitudinea





dispersiei sporurilor: 81,0% dintre celulele larg comparabile au procente diferite, iar în cele 154 de celule strict comparabile ecartul mediu minim–maxim este de 32,3 puncte procentuale. Prezenta analiză testează dacă această dispersie poate fi justificată prin diferențe obiective de încărcare sau complexitate [S1].

- Dacă spitalele cu deficit mai mare de personal acordă sporuri CM mai mari aceleiași funcții și aceluiași loc de muncă;
- Dacă gradul de ocupare, volumul de cazuri, zilele de spitalizare ori volumul ponderat prin ICM se reflectă în recompensa acordată;
- Dacă ICM și TCP explică diferențele dintre unități;
- Dacă indicatorii de capacitate financiară și subordonarea instituțională explică mai bine diferențele decât riscul sau încărcarea;
- Dacă deficitul unei categorii profesionale se transformă într-o primă salarială observabilă la nivelul câștigului mediu brut;
- Ce alte inegalități salariale sunt sugerate de legarea bazelor de date.

8.3. Surse de date, legare și unități de analiză

Cod	Sursă	Utilizare
S1	Draftul studiului de echitate	57.333 simulări brute; definițiile inegalităților; rezultatele deja validate și cadrul interpretativ.
S2	Comparatorul de salarii FSSR	Funcție, studii, gradație, program, loc de muncă, unitate, procent și sumă CM, componentele venitului actual.
S3	Baza integrată CNAS/MS 2025	ICM, TCP, grad de ocupare, cazuri, zile, paturi, personal la normativ/CIM/alte forme, contractare, realizări și cheltuieli de personal.
S4	Baza de referință a spitalelor publice	Snapshot noiembrie 2025: posturi aprobate, ocupate și vacante, efective și câștiguri medii pe categorii.
S5	Seria lunară MS 2025–2026	Nivelul național al posturilor; ultima lună disponibilă: aprilie 2026.
S6	Studiul Calității Vieții Profesionale	Contextul perceput al suprasolicitării, deficitului, inechității între spitale și efectelor asupra calității.

2.1. Fluxul eșantionului pentru analiza corelațională

Etapă	N	Regulă/observație
Comparator – toate simulările validate în draft	57.331	Punctul de plecare al studiului.
Simulări Sănătate legate de spitale și CNAS, cu mapare de încredere A/B	50.416	348 spitale; total brut, salariu de bază și CM valide.



Etapă	N	Regulă/observație
Definiție exactă: funcție + studii + gradație + program + loc de muncă	169	2.669 agregate celulă–spital; minimum 3 simulări/spital și 5 spitale/celulă.
Spitale cu scor agregat exact stabil	163	Minimum 3 celule și 15 simulări; utilizate în corelațiile de rang și grafice.
Definiție de sensibilitate: categorie de secție în locul locului exact	148	3.913 agregate celulă–spital; verifică robustețea la o clasificare mai largă.

În aprilie 2026, seria națională MS indica 274.333,5 posturi aprobate, 216.305,1 posturi ocupate și 58.028,4 posturi vacante, adică o rată agregată a posturilor vacante de 21,2%. Valorile reprezintă posturi/echivalente de normă, nu persoane unice.

2.2. Definiții operaționale

Indicator	Definiție
Celulă exact comparabilă	Aceeași funcție, studii, gradație, program zilnic și același loc de muncă.
Agregat celulă–spital	Mediana procentului CM în fiecare combinație celulă–spital; sunt păstrate combinațiile cu minimum 3 simulări.
Reperul celulei	Mediana egal ponderată a spitalelor din aceeași celulă; evită dominarea de către unitățile cu multe simulări.
Scorul de recompensă	Diferența, în puncte procentuale, dintre mediana spitalului și mediana celulei. Valoare pozitivă = peste reper; negativă = sub reper.
Deficit față de normativ	$1 - (\text{personal cu CIM} + \text{personal încadrat în alte forme}) / \text{personal normat CNAS}$.
Rata posturilor vacante	$\text{Posturi vacante} / \text{posturi aprobate, din baza de referință}$.
Grad de ocupare ponderat	Media gradelor de ocupare pentru acuți și cronici, ponderată cu paturile contractate pentru fluxurile disponibile.
Volum ponderat ICM / personal	$\text{Cazuri acute decontate} \times \text{ICM} / \text{personal total cu CIM și alte forme}$.
Capacitate contractuală / personal	$\text{Valoarea contractată ori realizată CNAS împărțită la personalul raportat}$.



2.3. Metode statistice și precauții

Au fost utilizate două niveluri complementare de testare:

- (1) corelații Spearman între scorul spitalului și indicatorii instituționali;
- (2) modele cu efecte fixe de celulă, care compară direct același profil profesional între spitale și folosesc erori standard grupate la nivel de spital.

Predictorii continui sunt standardizați. Ccoeficientul exprimă modificarea estimată a procentului CM la o abatere standard a predictorului. Modelele controlează mărimea spitalului, subordonarea MS și nivelul de competență. Pentru ICM/TCP a fost repetată analiza numai pe spitalele acute.

Regulă de interpretare.

Semnificația statistică nu înseamnă automat relevanță salarială, iar lipsa semnificației nu dovedește absența absolută a oricărui mecanism. Rezultatele arată dacă datele disponibile susțin o regulă sistematică la nivelul spitalelor. Ele nu pot demonstra cauzalitatea, nu înlocuiesc auditul statelor de plată și nu stabilesc discriminarea juridică.

8.4. Profilul încărcării și deficitului în spitalele analizate

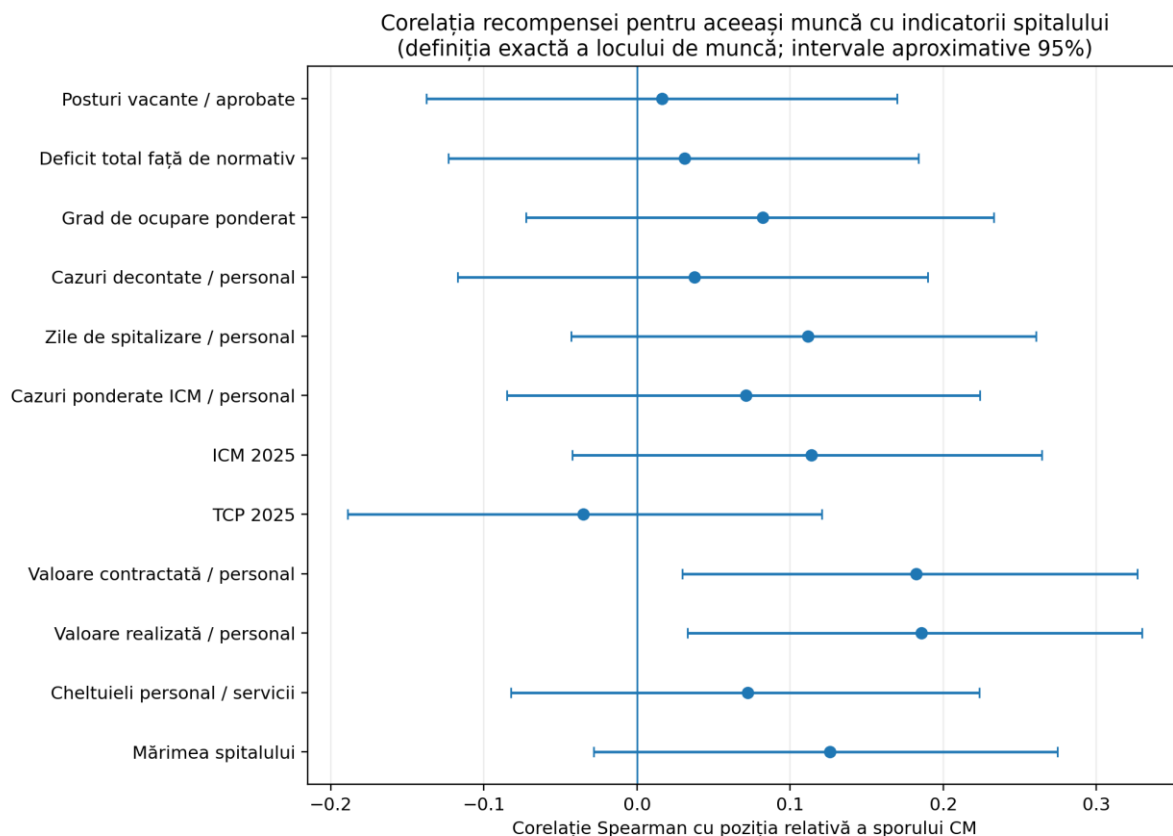
Indicator	N spitale	P25	Mediană	P75
Posturi vacante / aprobate	228	12,9%	19,1%	25,8%
Deficit total față de normativ CNAS	228	13,4%	19,6%	26,2%
Deficit medici	228	17,3%	26,2%	35,3%
Deficit asistenți	228	9,2%	15,9%	22,3%
Deficit personal auxiliar	228	14,0%	21,2%	30,6%
Deficit personal nemedical	227	12,6%	19,1%	25,7%
Grad de ocupare ponderat	228	57,6%	67,0%	77,4%
ICM 2025	221	1,4	1,6	1,8
TCP 2025	221	1709,0	1738,0	1854,0
Cazuri decontate / personal	228	14,8	18,0	20,7
Zile de spitalizare / personal	228	91,3	113,8	137,2

Spitalul median din eșantionul corelațional are aproximativ 19,1% posturi vacante față de organigramă și un deficit de 19,6% față de normativele CNAS. Deficitul median este cel mai mare



la medici (26,2%), urmat de personalul auxiliar (21,2%), personalul nemedical (19,1%) și asistenți (15,9%). Acest profil face posibilă testarea unei ipoteze puternice: **dacă salariul și sporurile funcționează ca instrument de retenție, unitățile cu deficit mai mare ar trebui să recompenseze mai mult. Datele nu confirmă această așteptare.**

8.5. Corelația celei de-a treia inegalități cu încărcarea și performanța



Figură 10 Corelațiile de rang dintre scorul sporului CM și indicatorii spitalului.

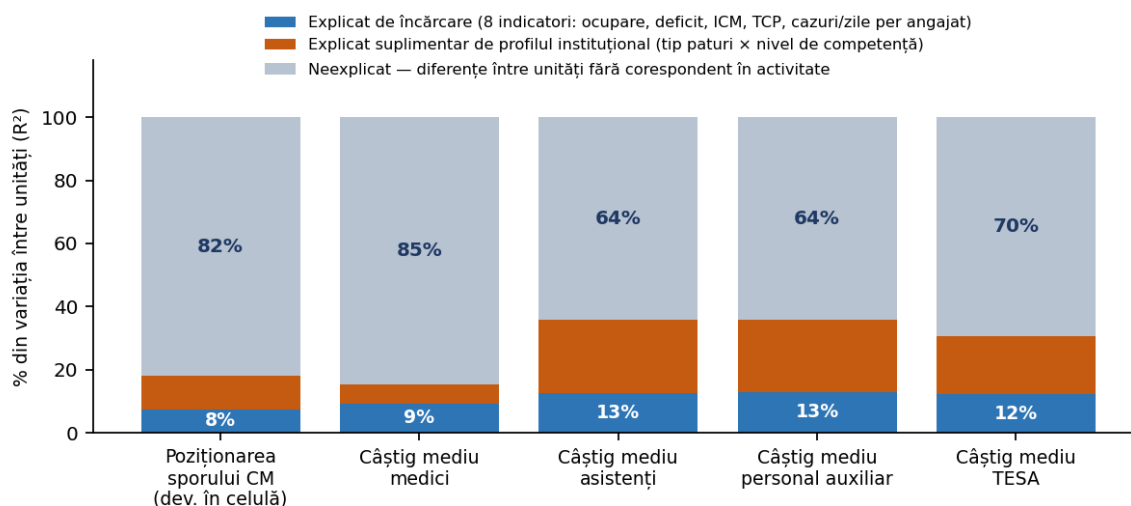
Indicator de încărcare	Deviația sporului CM (pp)	Deviația venitului brut (%)
Grad ocupare paturi (acuti, CNAS)	+0,08	+0,20**
Grad ocupare posturi (nov. 2025)	+0,01	+0,06
Deficit posturi (vacanțe, nov. 2025)	-0,01	-0,06
Deficit față de normativ (MS, 2025)	+0,01	+0,01
ICM 2025	+0,05	+0,15*
TCP	-0,07	+0,16*
Cazuri decontate / angajat	+0,09	+0,17**
Zile spitalizare / angajat	+0,20**	+0,24**
Angajați / pat contractat	-0,04	-0,01



Corelații Spearman la nivel de unitate ($n = 263-273$). ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Deviația venitului brut include mecanic gărzile și continuitatea, de unde asocierile ceva mai mari, tot slabe, cu activitatea de acuți.

Intervalele largi ale sporului CM pentru muncă identică (32,3 puncte procentuale în medie pe celulele comparabile) nu pot fi apărute ca diferențiere după volumul sau intensitatea muncii.

Unitatea în care lucrezi îți stabilește sporul, fără a-l corela cu cât se muncește în aceea unitate.

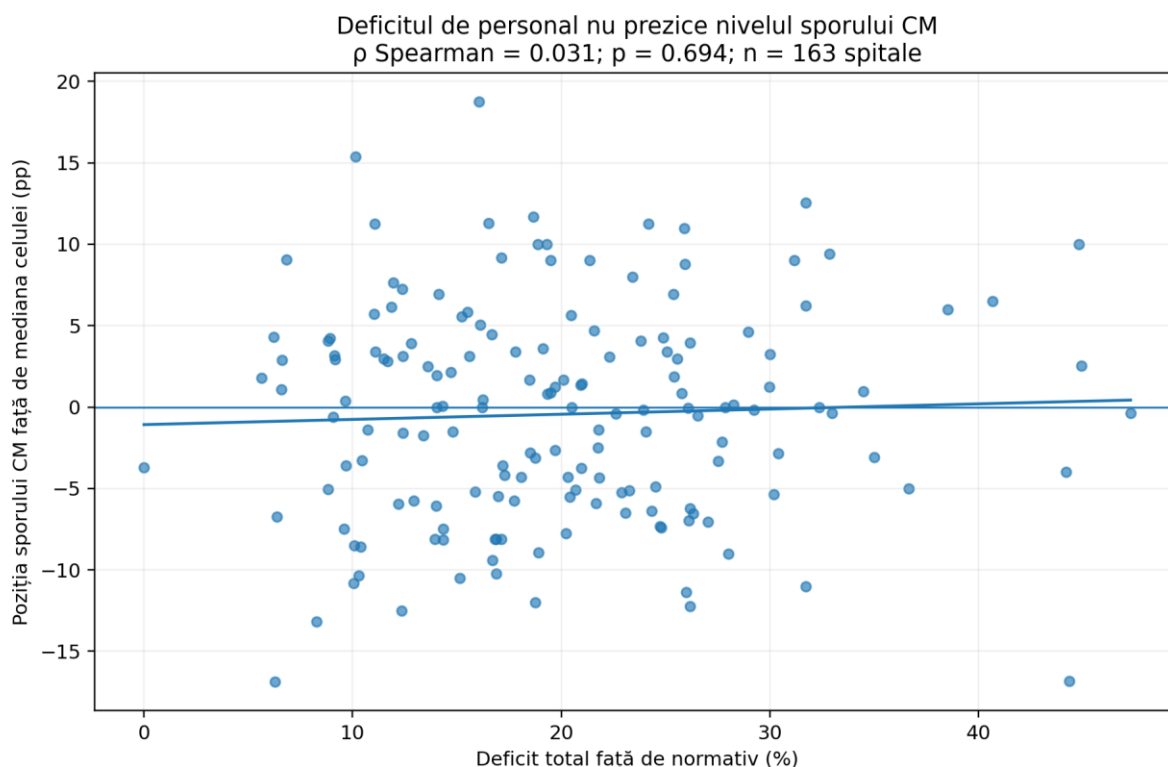


Figură 11 Descompunerea variației între unități (R^2 , regresie multiplă pe indicatori standardizați). Coloana 1: poziționarea sporului CM în celulele comparabile; coloanele 2-5: logaritmul câștigului mediu brut pe categorii ($n = 317-323$ de unități)

Cei opt indicatori de încărcare explică împreună 7,5% din variația poziționării sporului CM și 9-13% din variația câștigurilor medii pe categorii. Profilul instituțional (tip de paturi × nivel de competență) adaugă 10-23 de puncte procentuale. Restul (82% la poziționarea sporului, 64-85% la câștiguri) reprezintă diferențe între unități fără corespondent în activitate sau profil.

4.1. Deficitul de personal și posturile vacante

Rezultatul este net: deficitul nu organizează diferențele de recompensă. La nivelul celor 163 de spitale cu scor exact stabil, p dintre deficitul normativ și poziția sporului este +0,031 ($p = 0,694$). În modelul cu efecte fixe, coeficientul este +0,14 pp pentru o abatere standard a deficitului (IC95% -0,87...+1,14; $p = 0,791$). Rata posturilor vacante produce un coeficient de +0,06 pp (IC95% -0,96...+1,09; $p = 0,905$).



Figură 12 Absența relației dintre deficitul de personal și nivelul sporului CM.

Nici analiza stratificată nu identifică o compensație de penurie. Corelația dintre scorul sporului și deficitul specific categoriei este +0,053 la medici ($p=0,565$), +0,025 la asistenți/personal mediu ($p=0,708$) și +0,181 la personalul auxiliar ($p=0,123$). Ultimul coeficient este pozitiv, dar imprecis și nesemnificativ.

Implicație salarială

În actualul sistem, lipsa personalului crește încărcarea celor rămași, dar nu activează automat o primă de retenție, un procent CM superior sau un câștig mediu mai mare. Deficitul este tratat ca problemă de organizare, nu ca semnal salarial.

4.2. Gradul de ocupare și intensitatea activității

Gradul de ocupare ponderat nu are o relație robustă cu sporul pentru aceeași muncă: coeficientul exact este +0,52 pp/abatere standard ($p=0,455$). În clasificarea mai largă pe categorii de secție apare o asociere pozitivă, dar ea dispare atunci când locul de muncă este definit exact. Prin urmare, semnalul agregat este în mare parte un efect de compoziție, specialitățile cu spitalizare lungă și sporuri ridicate având simultan mai multe zile de spitalizare, fără ca unitățile mai încărcate din aceeași specialitate să plătească sistematic mai mult.

Indicatorii de volum pe angajat transmit totuși un semnal modest în modelele cu efecte fixe: +1,18 pp pentru cazuri decontate/personal ($p=0,015$), +1,37 pp pentru zile de spitalizare/personal ($p=0,002$) și +1,12 pp pentru cazuri acute ponderate ICM/personal ($p=0,025$). În spitalele acute,



coeficienții cresc la aproximativ +1,94...+2,11 pp. Această adaptare este reală statistic, dar mică față de ecartul mediu inter-unități de 32,3 pp și nu constituie o regulă transparentă de salarizare.

4.3. ICM și TCP

ICM nu explică procentul CM pentru aceeași funcție și același loc de muncă. În modelul exact pe toate unitățile coeficientul este -0,23 pp/abatere standard ($p=0,720$); în spitalele acute este +0,29 pp ($p=0,674$). Rezultatul completează constatarea deja prezentă în rezumatul anterior: **câștigul mediu brut crește mult mai lent decât complexitatea cazurilor. La nivel micro-comparabil, nici sporul CM nu se aliniază la ICM.**

TCP are un coeficient pozitiv de aproximativ +2,2...+2,4 pp/abatere standard, însă intervalele de încredere ating sau includ zero în modelele principale ($p \approx 0,05-0,09$). Semnalul devine semnificativ în unele modele care includ volumul pe angajat, ceea ce sugerează o posibilă transmisie financiară a tarifului, dar nu permite formularea unei reguli stabile. TCP nu trebuie utilizat singur ca justificare a sporului, deoarece nu măsoară toate formele de activitate și nu este aplicabil simetric spitalelor cronice/monospecialitate.

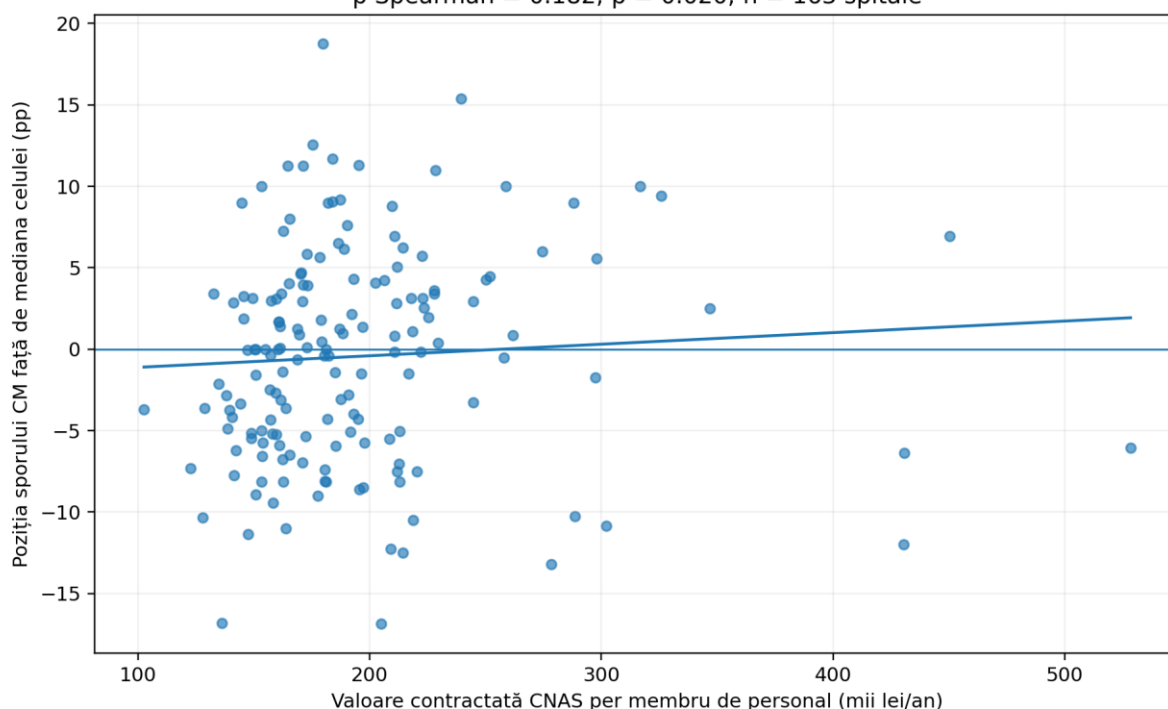
4.4. Capacitatea contractuală și presiunea bugetară

Ponderea cheltuielilor de personal în valoarea serviciilor nu are legătură observabilă cu scorul CM: $\rho=+0,072$ ($p=0,358$), iar coeficientul cu efecte fixe este -0,32 pp ($p=0,532$). Nici ponderea influențelor salariale în cheltuielile de personal nu este semnificativă.

În schimb, resursa disponibilă per angajat este asociată modest cu recompensa: valoarea contractată CNAS/personal are $\rho=+0,182$ ($p=0,020$) și un coeficient de +1,91 pp/abatere standard ($p=0,002$); valoarea realizată/personal are $\rho=+0,186$ ($p=0,018$) și +2,10 pp ($p<0,001$). Aceasta susține o versiune mai precisă a ipotezei financiare: nu simpla pondere a cheltuielilor, ci anvelopa contractuală/realizată raportată la forța de muncă pare să faciliteze procente ceva mai mari.



Capacitatea contractuală per angajat are o asociere modestă cu sporul CM
ρ Spearman = 0.182; p = 0.020; n = 163 spitale



Figură 13 Asocierea modestă dintre valoarea contractată pe angajat și poziția sporului CM.

4.5. Subordonarea Ministerului Sănătății

Cel mai puternic rezultat instituțional privește subordonarea. În modelul exact, după compararea aceleiași funcții, gradații, aceluiași program și loc de muncă și după controlul mărimii, nivelului de competență, deficitului, ocupării, ICM, TCP și indicatorilor financiari, unitățile marcate de CNAS ca subordonate Ministerului Sănătății au un spor CM cu 5,94 pp mai mic (IC95% -9,50...-2,39; p=0,001). Estimarea rămâne între -4,70 și -6,44 pp în modelele alternative și între -5,59 și -6,22 pp în spitalele acute.

Modelul mai larg, bazat pe categoria secției, nu produce un coeficient semnificativ (-3,16 pp; p=0,231). Diferența dintre specificații arată că efectul este vizibil numai când locul de muncă este identificat suficient de precis. Concluzia recomandată nu este că orice unitate MS plătește mai puțin, ci că există un semnal instituțional puternic, care justifică un audit distinct al modului în care plafonul și bugetele de sporuri au fost repartizate în rețeaua Ministerului Sănătății.

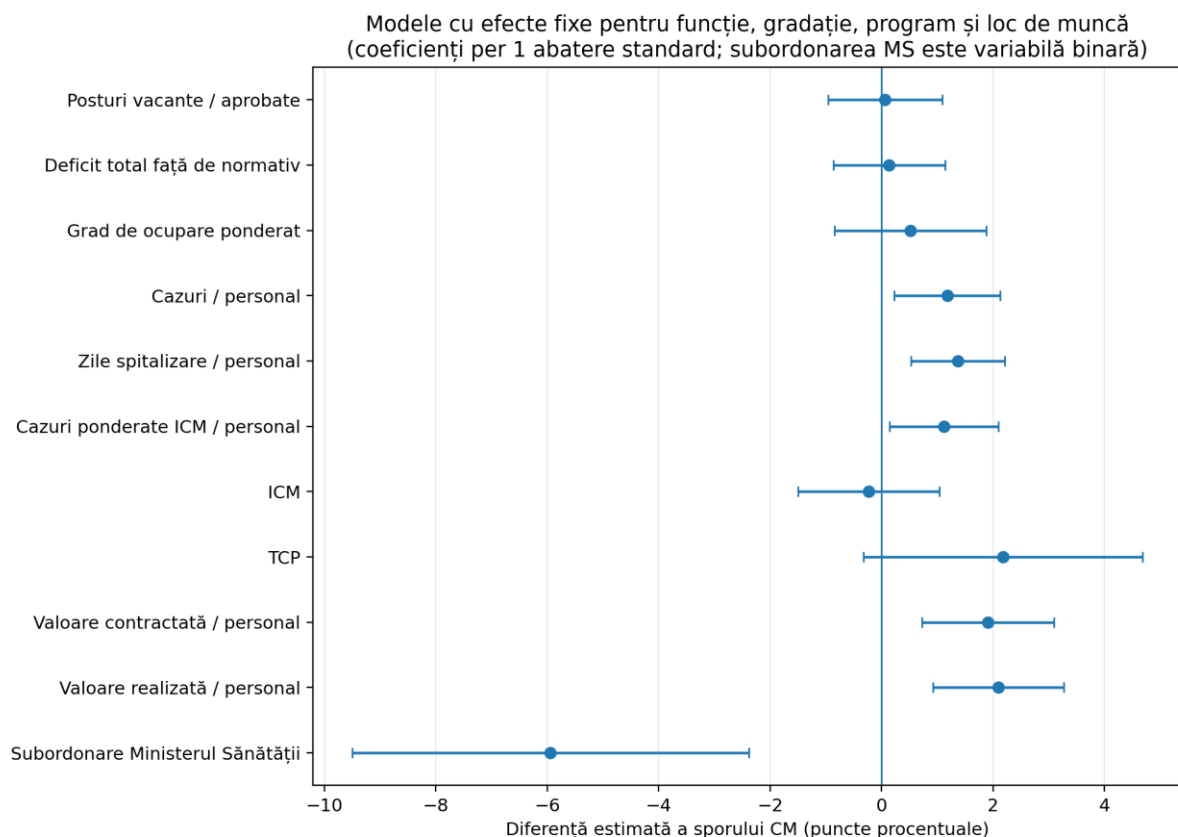
4.6. Sinteza numerică a testelor principale

Indicator	ρ	p	Coef. pp	IC95%	p model	Interpretare
Posturi vacante/aprobrate	+0,017	0,834	+0,06	-0,96 ... +1,09	0,905	Nesemnificativ



Indicator	ρ	p	Coef. pp	IC95%	p model	Interpretare
Deficit total normativ	+0,031	0,694	+0,14	-0,87 ... +1,14	0,791	Nesemnificativ
Grad de ocupare	+0,082	0,297	+0,52	-0,84 ... +1,88	0,455	Nesemnificativ
Cazuri/personal	+0,037	0,636	+1,18	+0,23 ... +2,13	0,015	Asociere pozitivă modestă
Zile/personal	+0,111	0,157	+1,37	+0,52 ... +2,21	0,002	Asociere pozitivă modestă
Cazuri ICM/personal	+0,071	0,372	+1,12	+0,14 ... +2,09	0,025	Asociere pozitivă modestă
ICM	+0,114	0,152	-0,23	-1,49 ... +1,03	0,720	Nesemnificativ
TCP	-0,035	0,661	+2,18	-0,33 ... +4,68	0,088	Semnal la limită
Contractat/personal	+0,182	0,020	+1,91	+0,72 ... +3,09	0,002	Asociere pozitivă modestă
Realizat/personal	+0,186	0,018	+2,10	+0,92 ... +3,27	<0,001	Asociere pozitivă modestă
Chelt. personal/servicii	+0,072	0,358	-0,32	-1,35 ... +0,70	0,532	Nesemnificativ
Mărimea spitalului	+0,126	0,109	+0,30	-1,42 ... +2,03	0,728	Nesemnificativ

Coeficienții sunt estimați separat pentru fiecare indicator, în modele cu efecte fixe pentru celula exactă și controale instituționale. Pentru mărime este prezentat coeficientul din modelul multivariabil principal.

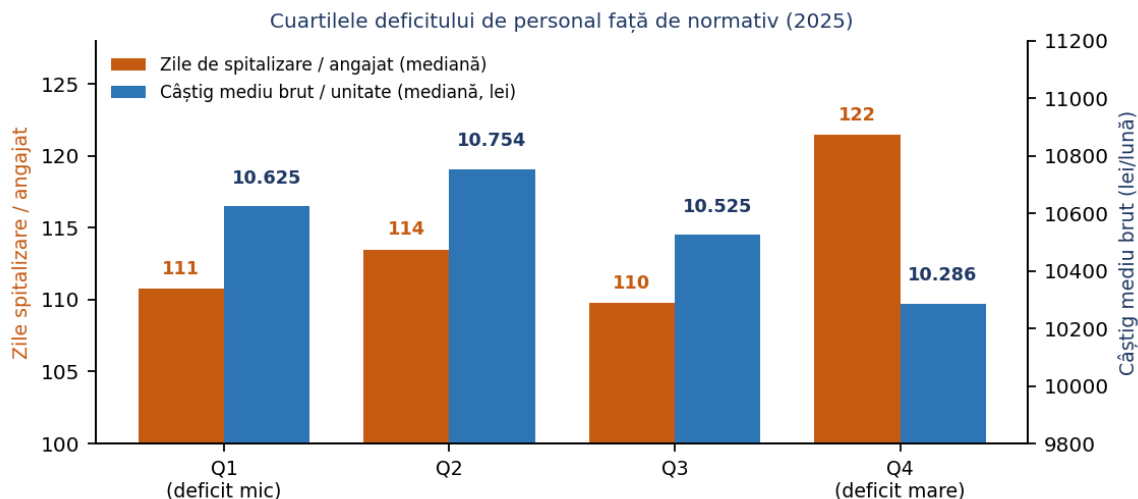


Figură 14 Magnitudinea efectelor estimate în comparația exactă a aceleiași munci.



8.6. Inegalitatea indusă de deficitul de personal: deficit fără primă de retenție

Dacă piața muncii ar funcționa corectiv, unitățile cu deficit mare de personal ar plăti mai mult pentru a atrage și a reține angajați, iar încărcarea suplimentară a celor rămași ar fi recompensată. Datele arată contrariul:



Figură 15 Cuartilele deficitului de personal față de normativul MS (2025): încărcarea per angajat (stânga) și câștigul mediu brut al unității (dreapta). Mediane; n = 273 de unități.

Unitățile din cuartila superioară a deficitului (peste 27,8% posturi normate neacoperite) au simultan cea mai mare încărcare per angajat (121,5 zile de spitalizare/angajat, cu 9,7% peste cuartila inferioară) și cel mai mic câștig mediu (10.286 lei, cu 3,2% sub cuartila inferioară); 56% dintre ele plătesc sub mediana națională. Corelația de ansamblu deficit-câștig este negativă ($\rho = -0,10$; $p = 0,10$), iar la nivelul asistenților este nulă ($\rho = +0,01$): nu există niciun mecanism de compensare salarială a deficitului.

Semnificația pentru proiectul legii salarizării: orice reformă care uniformizează salariile de bază fără un instrument de diferențiere legat de deficit și de încărcare (spor de fidelizare pe unități deficitare, normare a încărcării) va conserva cercul vicios: unitățile cu deficit rămân neatractive, deficitul crește încărcarea, încărcarea alimentează plecările.

Sistemul produce două rezultate simultane:

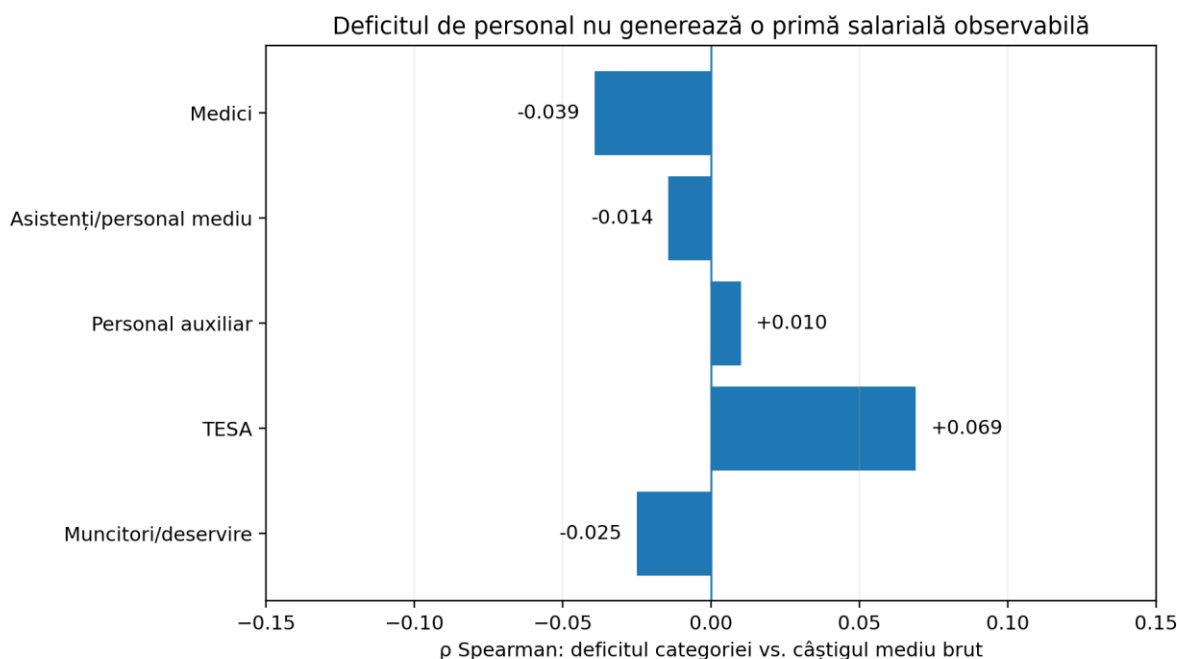
- (a) angajații rămași preiau sarcini suplimentare din cauza posturilor neocupate;
- (b) nici sporul CM, nici câștigul mediu al categoriei nu cresc sistematic odată cu deficitul.

Cu alte cuvinte, deficitul este suportat de lucrători ca intensificare a muncii, fără un mecanism salarial automat de compensare.



Categorie	N	Deficit median	ρ deficit-câștig	p	ρ ICM-câștig	p	p90/p10
Medici	347	29,6%	-0,039	0,465	+0,300	<0,001	1,62
Asistenți/personal mediu	347	16,2%	-0,014	0,789	+0,237	<0,001	1,29
Personal auxiliar	344	21,2%	+0,010	0,853	+0,185	<0,001	1,19
TESA	345	19,0%	+0,069	0,201	-0,009	0,870	1,58
Muncitori/deservire	343	19,6%	-0,025	0,644	+0,020	0,721	1,33

Câștigurile medii sunt cele raportate în baza de referință; deficitul pe categorii este calculat față de normativele CNAS. Corelațiile deficit-câștig sunt nesemnificative pentru toate categoriile.



Figură 16 Absența unei prime salariale de penurie pe categorii profesionale.

8.6.1. Inegalitatea de subordonare și distribuire a plafonului

Semnalul de aproximativ -6 pp pentru unitățile subordonate MS indică faptul că două persoane comparabile pot primi procente diferite nu din cauza riscului, complexității sau deficitului, ci din cauza circuitului instituțional prin care plafonul și fondurile sunt distribuite. Această constatare trebuie formulată distinct de simpla „inegalitate între spitale”: ea identifică un predictor de sistem și o populație instituțională ce necesită verificare.

8.6.2. Inegalitatea de capacitate contractuală per angajat

Asocierea pozitivă dintre contractarea/realizarea per angajat și nivelul CM sugerează că recompensarea condițiilor de muncă depinde parțial de productivitatea financiară sau de capacitatea de contractare a unității. Aceasta este problematică atunci când condițiile de risc



sunt identice: un drept care ar trebui să compenseze expunerea este transformat într-un drept dependent de randamentul financiar instituțional.

8.6.3. Transmiterea selectivă a complexității către categorii

ICM se asociază cu câștigurile medii ale medicilor ($p=+0,300$), personalului mediu ($+0,237$) și auxiliar ($+0,185$), dar nu cu TESA ($-0,009$) ori muncitorii/deservire ($+0,020$). Este posibil ca o parte a relației la categoriile clinice să provină din gărzi, ture, structura specialităților și sporuri, nu din salariul de bază. Totuși, contrastul arată că munca de suport prestată într-un spital complex nu primește o recunoaștere salarială comparabilă. Pentru TESA, $p_{90}/p_{10} \approx 1,58$ coexistă cu lipsa relației cu ICM și deficitul, întărind concluzia că dispersia este normativ-instituțională, nu funcțională.

8.6.4. „Efectul de mărime” din analiza agregată este în mare parte compozițional

Draftul arată corect că ponderea posturilor cu $CM \geq 75\%$ este mai mare în spitalele mari și clinice. Totuși, după compararea exactă a aceleiași funcții și aceluiași loc de muncă, mărimea nu mai prezice sporul: $p=+0,126$ ($p=0,109$), iar coeficientul controlat este $+0,30$ pp/abatere standard ($p=0,728$). Rezultă că spitalele mari au mai multe structuri cu risc înalt, nu că acordă sistematic procente mai generoase aceleiași munci. Această distincție trebuie introdusă pentru a evita o concluzie ecologică eronată.

8.6.5. Ce nu confirmă datele

- Nu există dovadă că unitățile cu cel mai mare deficit plătesc mai mult pentru a reține personalul;
- Nu există dovadă robustă că ICM stabilește nivelul sporului CM pentru aceeași muncă;
- Nu există dovadă că o pondere mare a cheltuielilor de personal reduce, prin ea însăși, procentul sporului;
- Nu există dovadă robustă de efect județean după compararea exactă; diferențele teritoriale observate trebuie tratate ca ipoteze, nu ca rezultate consolidate;
- Nu poate fi construit un clasament public valid al spitalelor pe baza Comparatorului, deoarece participarea este voluntară și structura profesională diferă între unități.

8.7. Concluzii

1. A treia inegalitate nu poate fi justificată, în ansamblu, prin deficitul de personal, gradul de ocupare ori ICM. Diferențele rămân foarte mari după compararea strictă a aceleiași munci.
2. Sistemul reacționează modest la volumul de activitate pe angajat și la anvelopa contractuală per angajat, dar aceste efecte sunt prea mici și prea inconsistente pentru a constitui un mecanism echitabil.
3. Subordonarea Ministerului Sănătății este asociată cu o penalizare salarială substanțială la nivelul sporului CM și trebuie investigată separat.



4. Deficitul de personal nu este transformat într-o primă de penurie în nicio categorie profesională analizată. Aceasta trebuie introdusă ca inegalitate distinctă în studiu.
5. Pentru TESA și muncitori, complexitatea spitalului nu explică veniturile, în timp ce dispersia dintre unități rămâne mare; concluzia susține prioritatea mecanismelor normative, nu a valorii muncii.
6. Corecția eficientă presupune trei instrumente diferite: spor CM standardizat pentru risc, primă de penurie pentru deficit și finanțare de egalizare pentru unitățile cu resurse contractuale insuficiente. Amestecarea lor într-un singur plafon reproduce inechitatea.

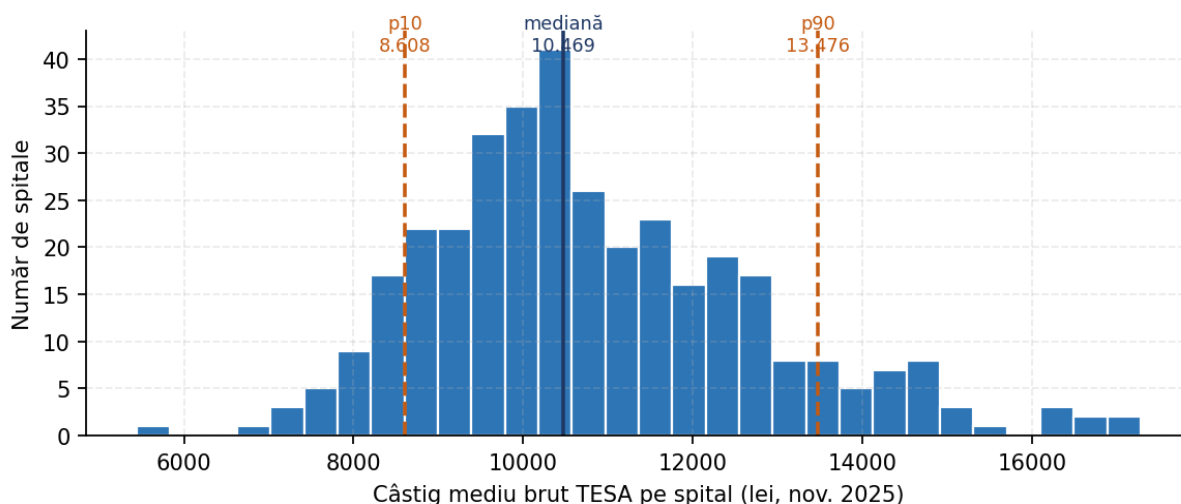
În actualul sistem, sporurile pentru condiții de muncă nu funcționează ca o măsură coerentă a riscului, iar salariile nu funcționează ca mecanism de compensare a penuriei. Recompensa pentru aceeași muncă este influențată mai mult de capacitatea contractuală și de subordonarea instituțională decât de deficitul și complexitatea observabilă.

9. A cincea inegalitate: salarii de bază diferite pentru personalul TESA/nemedical

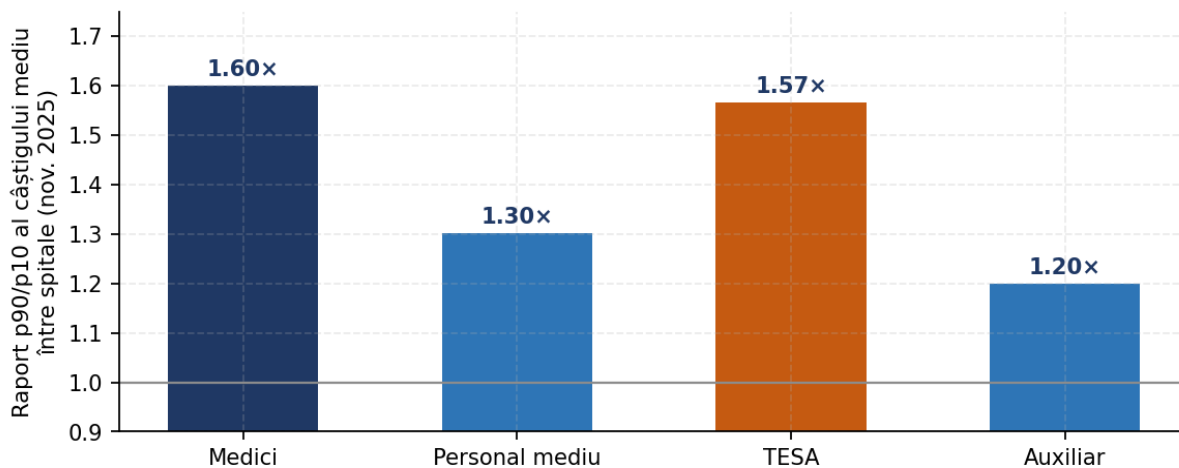
9.1. Ce confirmă datele

Baza conține 2.986 simulări în Anexa scurtă „Administrație” și 1.142 registratori/statisticieni în Anexa „Sănătate”.

Constatare metodologică și evidența empirică



Figură 17 Distribuția câștigului mediu brut TESA pe spitale ($n = 356$ spitale cu ≥ 3 angajați TESA și valori plauzibile; 6 valori excluse documentat)



Figură 18 Raportul p90/p10 al câștigului mediu între spitale, pe categorii de personal

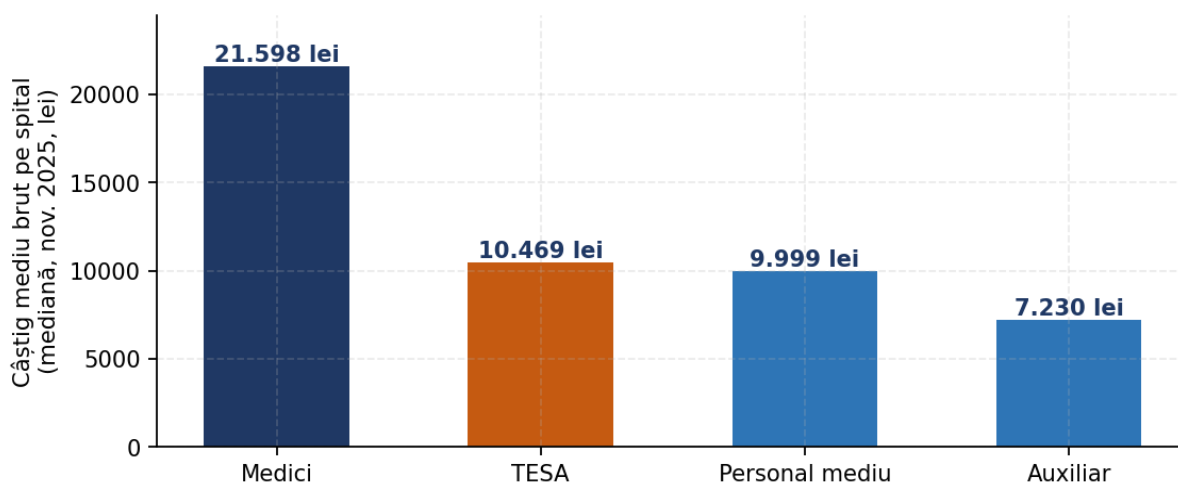
Între spitalele publice, câștigul mediu TESA variază de la 5.444 la 17.278 lei, un raport maxim/minim de 3,17x, cu p90/p10 de 1,57x și coeficient de variație de 0,18. Dispersia relativă TESA este a doua din sistem, imediat după medici (p90/p10 = 1,60x, aceasta fiind explicabil însă prin gărzi și structura specialităților) și clar peste personalul mediu (1,30x) și auxiliar (1,20x). Pentru o categorie cu atribuții puternic standardizate (contabilitate, resurse umane, achiziții, administrativ), o dispersie de această magnitudine nu poate fi explicată prin conținutul muncii, ea fiind amprenta mecanismelor descrise mai sus.

9.2. Amploare și impact

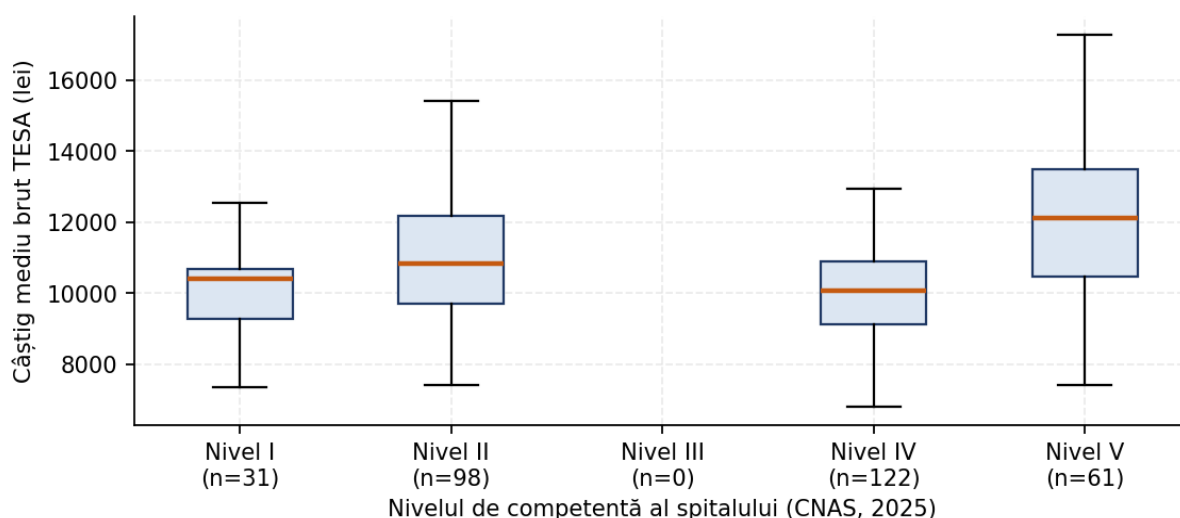
Categoria evaluată numără 10.778 posturi ocupate (aprilie 2026). Diferența p90–p10 dintre spitale este de aproximativ 4.400 lei/lună la nivel de câștig mediu. Ea arată că angajați TESA cu aceeași muncă pot câștiga, sistematic, cu 40–50% mai puțin decât omologii lor din alte unități.



9.3. Poziționarea categoriei profesionale



Figură 19 Câștigul mediu brut pe spital, mediana pe categorii (noiembrie 2025)



Figură 20

9.4. Cauzele inegalității

Personalul tehnic, economic, socio-administrativ este singura mare categorie pentru care chiar salariul de bază (nu doar sporurile) poate diferi între unități pentru aceeași funcție, aceeași vechime și aceleași studii, prin suprapunerea a trei mecanisme:

a) Traseul normativ al majorărilor și interpretarea normelor juridice:

OUG nr. 19/2024 a majorat:

- Salariile de bază ale personalului medical și auxiliar sanitar cu procente variabile;
- Salariile de bază ale altor categorii de angajați decât cele amintite anterior cu 20%



Suplimentar o bună parte dintre unitățile sanitare au acordat și creșterile salariale prevăzute de OUG nr. 53/2024, cu procente și calendare proprii, unitățile aplicând combinații diferite în funcție de situația de pornire.

b) Încadrarea pe anexele legii salarizării:

Funcțiile TESA din sănătate au fost încadrate inițial pe Anexa nr. VIII a Legii 153/2017. Odată cu deciziile unor instanțe sau ivit practici diferite de încadrare a acestor categorii de personal pe Anexa nr. VII. În consecință, două unități pot încadra identic funcția și diferit salariul.

c) Cuantumul compensatorii (OUG nr. 41/2018)

Sumele compensatorii istorice, acordate inițial ca drepturi compensatorii tranzitorii (trebuiau reduse proporțional cu creșterea salariilor de bază), au fost păstrate ca drepturi câștigate. Ele s-au conservat inegal între unități, stratificând suplimentar salariile de bază.

9.5. Concluzia

Problema TESA nu este, în datele actuale, nivelul median al veniturilor, ci inechitatea internă, determinată de faptul că aceeași muncă administrativă este plătită cu diferențe sistematice de 40–50% între unități ($p_{90}-p_{10} \approx 4.400$ lei/lună), pe temeuri exclusiv normative, iar drepturile variabile ale categoriei s-au erodat până aproape de dispariție. Percepția captată de studiul CVP (personalul TESA subcompensat: $M = 3,35$, cu dezacord ridicat) reflectă exact această structură în care media ascunde extremele.

10. Impactul stimulentele salariale

10.1. Obiectul și strategia de identificare

Anexa analizează stimulentele salariale în sensul lor propriu, ca adaosuri la salariu întemeiate pe legislația sănătății (nu pe legea salarizării), acordate de unele unități din resursele proprii. Ele nu fac parte din drepturile normate în grile (salariul de bază, sporurile pentru condiții de muncă, drepturile de continuitate) și, prin urmare, nu pot fi observate direct în niciun instrument normativ: Comparatorul de salarii calculează veniturile exclusiv din grile și parametri declarați, deci exclude prin construcție orice adaos discreționar. (Indemnizațiile fixe cu acordare condiționată — 500 lei și hrana — sunt drepturi normate, tratate distinct în corpul studiului; ele nu fac obiectul prezentei anexe.)

Identificarea folosește, în consecință, două căi convergente:

(1) descompunerea execuției bugetare a cheltuielilor de personal, care izolează articolele dedicate plăților din afara drepturilor de bază — în primul rând art. 10.01.30 „Alte drepturi salariale în bani”, destinația contabilă tipică a adaosurilor;

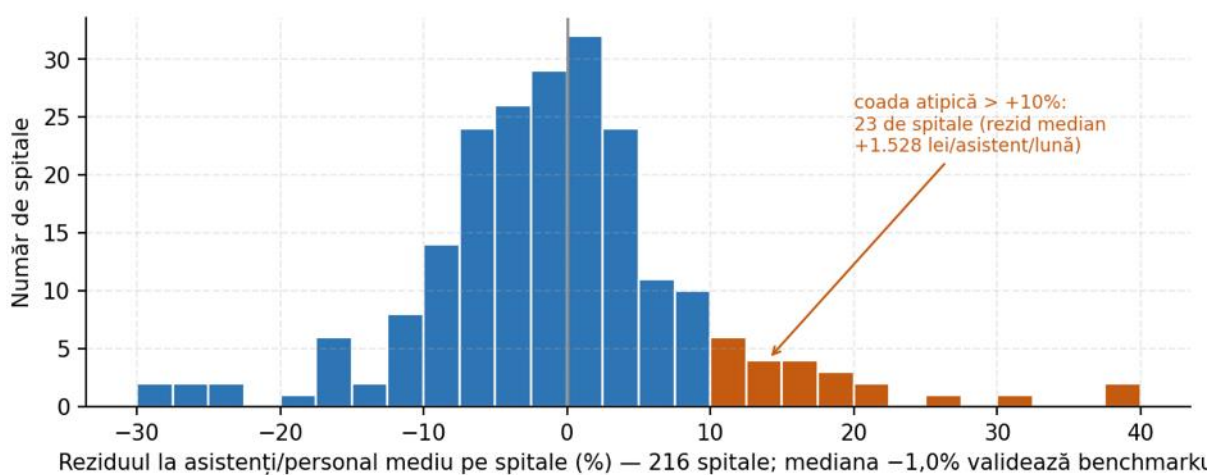
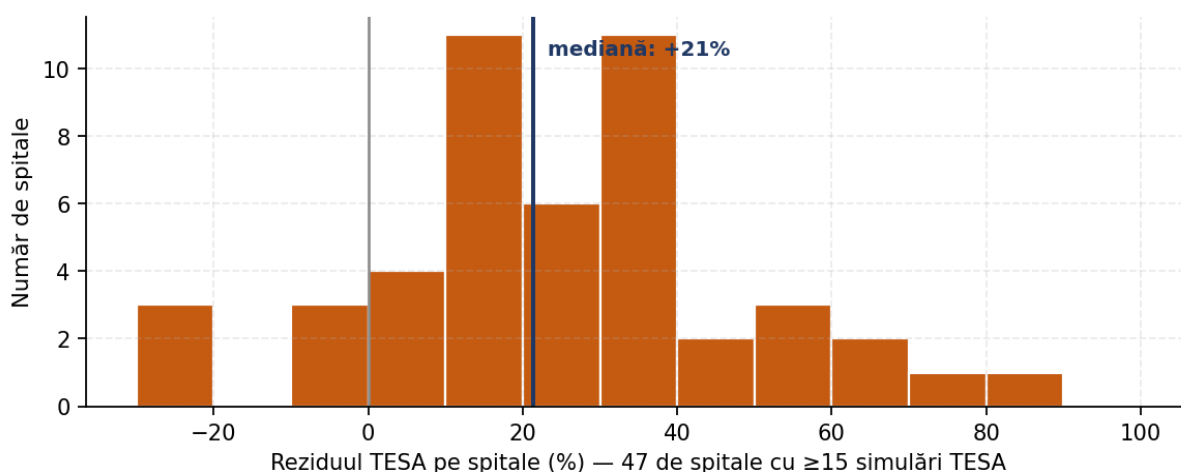
(2) analiza reziduală: diferența dintre câștigul mediu brut raportat efectiv de fiecare spital, pe categorii de personal (noiembrie 2025), și nivelul normativ explicabil — venitul median simulat în Comparator pentru aceeași unitate și categorie. Reziduul pozitiv atipic, care nu poate fi explicat prin sporuri, continuitate sau gărzi, este semnătura empirică a adaosurilor.



10.2. Limite metodologice

Benchmarkul normativ provine din simulările Comparatorului agregat pe unitate și categorie (≥ 15 simulări; auto-selecție posibilă). Reziduul TESA include și mecanisme normative necaptate de grile, fiind o limită superioară. Reziduul medicilor include gărzi, neseperabile la nivel agregat, Câștigurile raportate sunt medii pe categorii (noiembrie 2025), sensibile la structura internă a personalului. Identitatea unităților atipice este disponibilă în baza de lucru. Toate calculele sunt programatice și reproductibile.

10.3. Straturile atipice identificate



Pot fi reținute trei constatări:

Întâi, **stratul TESA**, în condițiile în care la jumătate dintre spitalele analizabile, personalul TESA câștigă cu peste 20% mai mult decât nivelul explicabil normativ (median +21,3%, adică +1.794 lei/persoană/lună), un amestec de adaosuri propriu-zise și de mecanisme normative pe care grila



simulată nu le captează (asimilările la Anexa VII, cuantumurile compensatorii OUG 41/2018), astfel încât cifra trebuie citită ca limită superioară a stimulentei.

În al doilea rând, **coada atipică de la asistenți**: 23 de spitale plătesc cu peste 10% peste normativ (median +1.528 lei/asistent/lună), cel mai curat semnal de acordare efectivă a adaosurilor, întrucât la asistenți grila explică integral restul sistemului.

În al treilea rând, la medici reziduul median de +9,1% este dominat de gărzi, dar variația lui între spitale nu urmează ponderea medicilor în liniile de gardă ($p = -0,26$; $p = 0,003$, în sens contrar), ceea ce lasă loc și aici unei componente discreționare

10.4. Impactul și caracterul inechitabil al distribuției

- **Dimensiunea**: reziduurile pozitive agregate pe spitalele analizabile însumează circa 74,8 milioane lei/lună (medici 49,1; asistenți 19,2; TESA 5,4; auxiliar 1,1), același ordin de mărime cu articolul bugetar dedicat (71 mil. lei/lună la 10.01.30), reconciliere care susține validitatea măsurării.
- **Selectivitatea pe unități**: adaosurile sunt concentrate într-o minoritate de spitale (23 din 216 la asistenți; 26 din 47 la TESA), iar acordarea lor nu este corelată cu capacitatea financiară contractuală a unității ($p = +0,18$ la TESA, nesemnificativ; $p \approx 0$ la asistenți): distribuția este discreționară sau istorică, nu una care urmează resursele ori performanța.
- **Selectivitatea pe categorii**: stratul atipic este maxim exact la categoria cu salariile de bază cele mai stratificate (TESA) și practic absent la personalul auxiliar, adaosurile amplifică inechitățile existente în loc să le compenseze.
- **Opacitatea**: jumătate din anvelopa plăților din afara drepturilor de bază trece printr-un articol rezidual („alte drepturi”), fără reguli publice de acordare și cu volatilitate lunară de peste 2 la 1, antiteza predictibilității pe care o presupune un drept salarial.

10.5. Concluzii posibile

- Stimulentele întemeiate pe legislația sănătății există și sunt măsurabile indirect, cu o anvelopă de ~71 mil. lei/lună la articolul bugetar dedicat și reziduuri pozitive atipice concentrate în minorități de spitale, cu vârf la TESA (+21,3% median) și o coadă clară la asistenți (23 de spitale, +1.528 lei/persoană/lună). Atunci când apar la spitalele monospecialitate este mai probabil să fie vorba de „cuantumi”, nu de stimulente.
- Distribuția lor este triplu selectivă (pe unități, pe categorii și fără corelație cu resursele) și opacă. În forma actuală, ele par să funcționeze ca un strat suplimentar de inechitate, nu ca instrument de recompensare a contribuției.
- Concluzia de reglementare (*de lege ferenda*) este că adaosurile din legislația sănătății au nevoie de reguli de acordare transparente (criterii, publicitate, negociere colectivă), altfel orice reformă a grilelor lasă neatins un canal de diferențiere discreționară de ordinul a sute de lei pe persoană în unitățile care îl folosesc.



11. O evaluare a scenariului alternativ la proiectul unei noi legi a salarizării: acordarea drepturilor prevăzute de legea actuală

11.1. Estimarea costurilor recalculării sporurilor la salariul de bază în plată

Cât ar costa plata sporurilor la salariul de bază aflat în plată (OUG 19/2024 + OUG 53/2024), în locul bazei de referință înghețate (grila Legii-cadru nr. 153/2017 din martie 2018)? Calculul este programatic, per simulare: (procentul nominal × salariul de bază în plată) – cuantumul actual; rezultatele pe grupe profesionale sunt extrapolate la posturile ocupate din spitalele publice (216.036, noiembrie 2025).

11.2. Sporurile pentru condiții de muncă

Grupa profesională	Posturi (naț.)	Spor CM actual (lei/post/lună)	Supliment la SB în plată (lei/post/lună)	Cost suplimentar (mil. lei/lună)
Medici	23.798	5.400	882	21,0
Medici rezidenți	26.303	2.491	680	17,9
Asistenți medicali	89.830	1.980	858	77,1
Personal auxiliar sanitar	47.740	952	1.442	68,8
Alți specialiști (superior)	5.381	1.492	1.386	7,5
Personal TESA	10.822	627	1.215	13,1
Muncitori și deservire	12.163	183	821	10,0
Total	216.036	—	—	215,4

Costul suplimentar al plății sporurilor CM la salariul de bază în plată, pe grupe (medii per post din 57.333 de simulări, extrapolate la posturile naționale).

Costul actual al sporurilor CM este de circa 434 mil. lei/lună.⁷ Recalcularea la salariul de bază în plată îl duce la circa 650 mil. lei/lună. Un cost suplimentar de 215 mil. lei/lună, adică 2,58 mld. lei/an (2,64 mld. lei/an inclusiv contribuția asiguratorie pentru muncă de 2,25%). Estimarea este consistentă cu ancora validată în studiul de echitate (eroziunea agregată de ~208 mil. lei/lună; diferența provine din includerea muncitorilor și din rafinarea clasificării pe grupe).

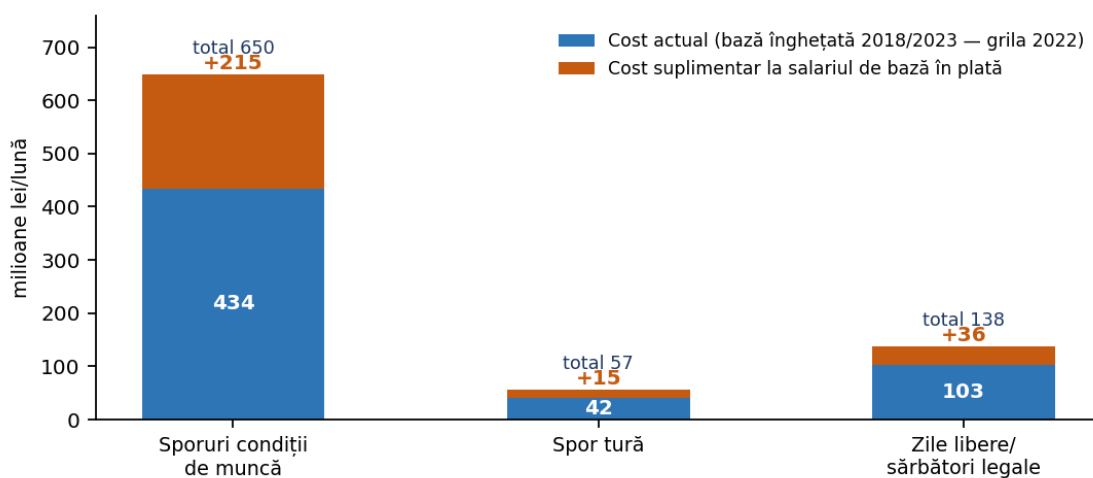
Distribuția pe categorii este semnificativă pentru negociere: deși medicii au sporurile cele mai mari în valoare absolută, costul suplimentar se concentrează la asistenți (77 mil.) și la personalul auxiliar (69 mil.), categoriile la care raportul dintre salariul în plată și baza înghețată este maxim (×1,40 și ×1,30–1,45), deci la care eroziunea procentuală este cea mai severă.

⁷ Diferența față de totalul ponderat din tabelul 4.1 (~499 mil.) provine din metoda de extrapolare: medii pe grupe aplicate posturilor naționale vs. ponderarea directă a eșantionului.”



11.3. Sporul de tură și munca în zilele libere/sărbători legale

Componenta	Cost actual (mil. lei/lună)	Cost la SB în plată (mil. lei/lună)	Cost suplimentar (mil. lei/lună)
Spor de tură	41,6	57,0	15,4
Munca în zilele libere și sărbători legale	103,0	138,5	35,5
Total tură + zile libere	144,6	195,6	51,0



Figură 23 Sinteza costurilor: actual vs. recalculat la salariul de bază în plată (mil. lei/lună).

Recalcularea sporurilor CM plus a drepturilor de tură și zile libere la salariul de bază în plată ar costa suplimentar circa 266 mil. lei/lună (3,20 mld. lei/an; 3,27 mld. cu CAM), echivalentul a aproximativ 10,7% din cheltuielile lunare de personal ale spitalelor publice (2,49 mld. lei/lună, media execuției 2025–2026). Cifra oferă ordinul de mărime al „datoriei de erodare” acumulate prin înghețarea bazei de calcul și constituie reperul de cost pentru orice soluție de tranziție negociată.



12. Concluzii

Unul dintre scopurile esențiale ale acestui studiu îl constituie evitarea riscului ca noua lege a salarizării să repete erorile și consecințele actelor normative anterioare, care au condus la situația actuală din sănătate. Alături de întrebarea „Cum ar trebui să arate noua lege a salarizării?” trebuie să stea întrebarea „Care sunt inechitățile actualului sistem de salarizare?”, răspunsurile la aceasta din urmă constituind setul de criterii pentru orientarea și evaluarea noii legi.

12.1. Inechitățile sistemului actual de salarizare

Salarizarea actuală din sistemul public de sănătate este marcată de următoarele inechități majore, fiecare documentată cantitativ în capitolele 5–10 al studiului:

(1) Valori reale diferite ale sporurilor pentru condiții de muncă între categoriile profesionale de la același loc de muncă. Sporul afișat la 85% pentru ATI valorează, în termeni reali, circa 75% din salariul de bază în plată pentru medici, 61% pentru asistenți, 40% pentru personalul de specialitate paraclinic și 34% pentru personalul auxiliar, același loc de muncă, același risc, aceeași normă juridică. ***Munca de valoare egală nu mai este remunerată egal. Aceeași prevedere legală valorează de aproape trei ori mai puțin la baza ierarhiei decât la vârful ei.***

(2) Erodarea continuă a drepturilor salariale care diferențiază recompensa pentru condiții de muncă și complexitate. Cauza directă este raportarea sporurilor la baze de calcul înghețate (2018) diferite de salariul în plată, în condițiile creșterii asimetrice a salariilor de bază. Două posturi identice ca salariu de bază — unul în secție obișnuită, unul în ATI — se apropie ca venit total pe măsură ce sporul celui din ATI valorează tot mai puțin. ***Consecința directă o constituie scăderea continuă a motivației de a lucra în secțiile cu risc și complexitate mari, adică exact acolo unde sistemul are cea mai mare nevoie de personal.***

(3) Recompense diferite pentru aceleași locuri de muncă, în unități diferite. Spre exemplu, angajații unei secții ATI dintr-un spital subordonat autorităților locale au sporuri reale de 75% (medici), 61% (asistenți), 40% (paraclinic), 34% (auxiliar); colegii lor din secții ATI ale majorității spitalelor subordonate MS au 49%, 40%, 26%, respectiv 22% — pentru același loc de muncă, cu același risc. Diferența de venit net poate atinge 25% (~1.750 lei/lună) pentru aceeași funcție, vechime și secție. Sursa dominantă nu este negocierea intervalelor prevăzute de lege, ci efectul plafonării cheltuielilor cu sporurile la 30% per ordonator de credite, aplicată pe bugete istorice



inegale. **Proiectul noii legi — cu plafon redus la 20% și plafonări adiționale pe categorii de sporuri, cu efect practic de limitare la ~15%, va amplifica acest fenomen, nu îl va corecta.**

(4) Recompensa nu corelează cu încărcarea, deficitul și complexitatea. Sporurile pentru condiții de muncă nu funcționează ca măsură coerentă a riscului, iar salariile nu funcționează ca mecanism de compensare a penuriei, Peste 80% din diferențele dintre unități pentru muncă identică nu au corespondent în activitate sau profil. Deficitul de personal este dublu penalizat (mai multă muncă per angajat și venituri mai mici în aceleași unități), finanțarea creșterilor salariale nu urmează activitatea (variație de 38% per post, necorelată cu niciun indicator de încărcare), iar subordonarea instituțională a devenit predictor material al sporului (-5,9 puncte procentuale în unitățile MS, la aceeași funcție și același loc de muncă). Recompensa pentru aceeași muncă este determinată mai mult de capacitatea contractuală și de subordonarea instituțională decât de risc, deficitul și complexitatea observabile.

(5) „Distribuția inversă” a recompensei salariale. Combinația inechităților (2)–(4) produce un efect sistemic: veniturile angajaților din spitalele cu complexitate mare a cazurilor sunt, în multe cazuri, mai mici decât ale colegilor din spitale mai mici, cu complexitate redusă. Spre exemplu, un medic primar care efectuează transplant cardiac poate avea venit salarial mai mic decât un medic primar dintr-un spital monospecialitate sau municipal. Între cuartilele extreme ale complexității (ICM), cazuistica crește cu 60%, iar câștigul cu doar 10%. **Cauzele sunt date de variația inechitabilă a sporurilor, absența diferențierii pe complexitate și imposibilitatea salarizării în funcție de performanță.**

(6) Salarii de bază diferite pentru personalul nemedical/TESA. Pentru aceeași funcție TESA, salariul de bază diferă între unități prin trei mecanisme: actul normativ aplicat la ultimele majorări (doar OUG 19/2024 vs. OUG 19/2024 + OUG 53/2024), încadrarea pe Anexa nr. 7 vs. Anexa nr. 8 a Legii-cadru nr. 153/2017 și menținerea cuantumurilor compensatorii din OUG nr. 41/2018. **Rezultatul empiric arată un raport maxim/minim de 3,17× între spitale la câștigul mediu al categoriei, cea mai stratificată categorie din sistem la nivelul salariului de bază.**

(7) Stimulentele salariale funcționează ca strat suplimentar de inechitate. Adaosurile întemeiate pe legislația sănătății (~71–75 mil. lei/lună) sunt concentrate discreționar într-o minoritate de spitale, maxime la categoria deja cea mai stratificată (TESA) și lipsite de reguli publice de acordare, antiteza predictibilității pe care o presupune un drept salarial.

12.2. Principalele surse ale inechităților

Inechitățile sistemului actual au următoarele surse majore, în ordine cronologică și cauzală:

a) Mecanismul de aplicare a Legii-cadru nr. 153/2017: acordarea în etape diferite a creșterii salariilor de bază (2018 pentru medici și asistenți; 2023 pentru restul personalului) și efectul plafonării sporurilor la 30% per ordonator de credite asupra diferitelor categorii de unități sanitare, plafonul aplicat pe bugete istorice inegale a transformat un instrument de disciplină bugetară în mecanism de diferențiere arbitrară.



b) Actele normative anuale subsecvente, care au blocat raportarea sporurilor pentru condiții de muncă la noile salarii de bază pe măsură ce acestea au crescut, sursa directă a erodării: aceeași literă de lege, valoare reală în scădere continuă.

c) OUG nr. 19/2024, care a majorat exclusiv salariile de bază, cu procente diferențiate pe categorii, contribuind semnificativ la aplatizarea diferențierii dintre locuri, condiții și programe de muncă. Este relevant pentru contextul actual că acest act normativ a fost construit de decidenți împreună cu unul dintre partenerii sociali reprezentativi, în timp ce FSSR protesta împotriva creșterii doar a salariilor de bază, solicitând creșterea simetrică a tuturor drepturilor salariale, anticipând exact dinamica „salarii de bază ↑, sporuri reale ↓” pe care datele prezentului studiu o confirmă.

d) Absența oricărui mecanism de corelare a recompensei cu activitatea: nici complexitatea (ICM), nici deficitul, nici încărcarea nu au canal de transmisie către venit, iar finanțarea drepturilor salariale conservă diferențele istorice în loc să urmeze activitatea.

Raportat la evaluarea proiectului noii legi a salarizării, faptul că acesta utilizează aceeași intervenție ca OUG 19/2024 (creșterea doar a salariilor de bază), amplificată de reducerea sporurilor pentru condiții de muncă și a drepturilor de continuitate, face previzibilă amplificarea efectelor negative actuale. Problema esențială rămâne absența diferențierii veniturilor pe categorii de locuri de muncă: la venituri similare, angajații din locurile de muncă cu riscuri, complexitate și încărcare mari vor tinde fie să migreze spre locuri de muncă mai ușoare din interiorul sistemului, fie să părăsească sistemul public, către mediul privat sau către alte state.

Sistemul actual de salarizare este afectat de „efectul Matei”: angajații cu veniturile mici au cele mai mari pierderi; un proiect care nu corectează explicit acest efect îl va perpetua.

12.3. Ce ar trebui schimbat în noua lege a salarizării

Din diagnosticul celor șase categorii de inechități rezultă direct criteriile pe care noua lege a salarizării trebuie să le îndeplinească pentru a nu perpetua și amplifica situația actuală. Fiecare direcție de mai jos răspunde unei inechități documentate în studiu. Împreună, ele formează grila de evaluare pe care FSSR o aplică proiectului legii salarizării și oricăror amendamente aduse acestuia.

1. O bază unică de calcul: toate drepturile salariale raportate la salariul de bază în plată.

Sursa primelor două inechități este disocierea dintre baza de calcul a sporurilor și salariul aflat în plată. Regula elementară de echitate (aceeași normă juridică trebuie să valoreze la fel pentru toți) impune ca sporurile, indiferent de categorie profesională, să fie calculate la salariul de bază curent al fiecărui angajat, iar legea să interzică expres, pentru viitor, înghețarea bazelor de calcul prin acte normative anuale. Studiul cuantifică costul acestei corecții la 215 mil. lei/lună pentru sporurile de condiții și 51 mil. lei/lună pentru tură și zilele libere (cap. 11). Acest reper care arată că soluția este finanțabilă și că orice reformă care oferă mai puțin decât atât consfințește, de fapt, confiscarea erodării acumulate. În egală măsură, el sugerează că reducerea amplă a tuturor categoriilor de sporuri, propusă în proiectul de lege, va accentua unele dintre problemele deja existente.



2. Diferențierea reală a veniturilor pe categorii de locuri de muncă, inclusiv pe specialități medicale. Proiectul actual folosește o singură funcție reprezentativă („medic primar generic”) evaluată o singură dată și extrapolată la toate specialitățile, colapsând criteriul condițiilor de muncă într-un scor unic. Consecința, cuantificată în analizele FSSR: comprimarea raportului dintre profilurile extreme și pierderi maxime exact la specialitățile deficitare (ATI, urgență, psihiatrie, anatomie patologică). Noua lege trebuie să diferențieze coeficienții sau, cel puțin, să mențină un mecanism echivalent celor două niveluri actuale de diferențiere (grile pe tipuri de unități + sporuri pe locuri de muncă), astfel încât veniturile să reflecte riscul, complexitatea și penuria fiecărei specialități. Evaluarea analitică a posturilor trebuie refăcută pe funcții reprezentative reale, pe specialități, nu pe o abstracție unică, dublată de un interval ce include și posibilitatea scăderii coeficienților de ierarhizare.

3. Sporuri pentru condiții de muncă cu limite minime garantate ca drept individual și benzi suficient de largi. Reducerea limitei maxime de la 85% la 50% și plafonarea agregată fac matematic imposibilă respectarea minimelor legale în unitățile cu profil integral de risc (în spitalele monospecialitate, plafonul de 20% permite doar ~24% din sporurile eligibile, sub minimul de 30% al nivelului I). Legea trebuie să garanteze limitele minime ca drept individual opozabil plafonului, cu regulă de proporționalitate în caz de depășire (nu sub minimul legal) și să păstreze benzi de diferențiere reală între nivelurile de risc. Reducerea sporurilor pentru condițiile de muncă fără a transfera o parte a acestora în salariile de bază va accentua tendința de atenuare până la dispariție a salarizării diferențiată pe locuri de muncă, eliminând stimulii financiari pentru locurile de muncă cu nivel mare complexitate, răspundere și risc.

4. Plafonarea sporurilor: excepții și aplicare care să nu reproducă inegalitatea dintre unități. A treia inechitate provine din plafonul de 30% aplicat pe bugete inegale. Proiectul coboară plafonul la 20% și îl aplică „pe ordonator principal de credite și pe surse de finanțare”, ceea ce va amplifica diferențele. Sunt necesare: exceptarea drepturilor de continuitate de la plafon (tură, zile de repaus/sărbători, gărzi); exceptarea sau plafonul distinct pentru unitățile monospecialitate și pentru unitățile cu peste 70% personal încadrabil la nivelul I de risc. Menținerea gărzilor în numitorul plafonului și clarificarea expresă a faptului că majorarea pentru zilele de repaus nu intră în plafon. Având în vedere că 20% aplicat părților (ordonatorilor principali de credite) este egal cu 20% aplicat întregului (sectorul sanitar) cea mai adecvată soluție o constituie așezarea limitei de 20% la nivel de sector.

5. Drepturile de continuitate plătite integral la valoarea muncii prestate. Munca în gărzi, în ture și în zilele de repaus/sărbători este muncă efectiv prestată, nu un privilegiu negociabil: reducerea tarifelor (gărzi de la 75%/100% la tarif +10–30%, categoria nou-creată a „gărzilor de monitorizare” la 75% din tarif) produce pierderi de 1.700–2.800 lei/lună la medici, neacoperite de diferențele salariale tranzitorii. Noua lege trebuie să mențină tarife suplimentare de minimum 75% (zile lucrătoare) și 100% (zile de repaus/sărbători) raportat la tariful orar al salariului curent și să garanteze cuantumul în plată al drepturilor de continuitate.

6. Corelarea recompensei cu încărcarea, deficitul și complexitatea. A patra inechitate arată că sistemul actual nu are niciun canal de transmisie de la activitate la venit, iar proiectul nu





construiește unul. Legea trebuie să introducă instrumente explicite: diferențierea pe complexitate, o primă de deficit/fidelizare pentru unitățile cu deficit sever față de normativ (unde studiul documentează dubla penalizare) și normarea încărcării ca protecție a personalului rămas. Fără acestea, cercul vicios deficit → încărcare → plecări se conservă.

7. Unificarea salariilor de bază ale personalului TESA/nemedical și reintroducerea sporurilor categoriei. A cincea inechitate impune încadrarea unitară a personalului TESA, absorbția transparentă a cuantumurilor compensatorii OUG 41/2018 în salariul de bază, aplicarea uniformă a majorărilor (traseul OUG 19+53/2024 pentru toți) și reintroducerea în lege a sporurilor pentru condiții de muncă ale personalului nemedical din unitățile de psihiatrie, TBC și boli infecțioase, eliminate din art. 7 al proiectului, o categorie cu pierdere certă în toate scenariile analizate (-18%).

8. Reguli transparente pentru stimulente și pentru orice adaos discreționar. Capitolul 10 arată că adaosurile actuale funcționează ca strat suplimentar de inechitate: concentrate, necorelate cu resursele sau performanța, trecute prin articole bugetare reziduale. Legea trebuie să condiționeze orice adaos de criterii publice de acordare, negociere colectivă și raportare transparentă, altfel reforma grilelor lasă neatins un canal de diferențiere discreționară.

9. Finanțarea drepturilor salariale suplimentare după reguli legate de activitate. Studiul documentează că influențele salariale variază cu 38% per post între unități fără nicio legătură cu activitatea, alimentând diferențele de plată. Reforma salarizării trebuie însoțită de reforma mecanismului de finanțare aferent salarizării suplimentare în funcție de performanță: alocarea resurselor pentru drepturile salariale pe criterii uniforme (posturi, profil de risc, activitate), cu convergența treptată a diferențelor istorice. În lipsa acesteia, orice grilă nouă va fi din nou deformată de bugetele inegale pe care se aplică.

10. Protecții structurale împotriva repetării erorilor. Regulile trebuie să vizeze: interzicerea derogărilor anuale de la bazele de calcul; mecanism de indexare care menține raportul dintre componentele venitului; evaluarea de impact pe categorii și locuri de muncă înainte de adoptare, cu publicarea simulărilor; și un raport de ierarhie (1:12, conform recomandării asistenței tehnice a Băncii Mondiale) care să nu comprime diferențierea legitimă. Proiectul actual, la 1:8, produce inversiuni ierarhice și aplatizare exact în zonele critice.

Criteriul sintetic de evaluare: o lege a salarizării este echitabilă dacă face ca aceeași muncă, prestată în aceleași condiții, să fie plătită la fel (indiferent de categoria profesională, de unitatea angajatoare sau de subordonarea acesteia) și ca munca mai grea, mai riscantă și mai complexă să fie plătită mai bine. Fiecare dintre cele șase inechități documentate în acest studiu este o încălcare măsurabilă a acestui criteriu. Niciuna nu este corectată de actualul proiect, iar mai multe sunt amplificate. Corectarea lor nu este o revendicare sindicală printre altele, ci condiția de validitate a reformei.



13. Utilizarea inteligenței artificiale

Declarația privind utilizarea IA în elaborarea studiului privind inechitățile sistemului de salarizare din sănătatea publică și a analizelor conexe proiectului legii salarizării 2026, întocmită în conformitate cu standardele internaționale privind transparența utilizării instrumentelor de inteligență artificială în cercetare (ICMJE, COPE, WAME, STM, UNESCO) și cu cerințele de transparență ale Regulamentului (UE) 2024/1689 privind inteligența artificială





13.1. Instrumentele utilizate

Element	Specificație
Sistem de IA	Claude (Anthropic PBC) — asistent conversațional cu mediu integrat de execuție de cod (Python) și de generare de documente
Versiuni	Versiunile Claude disponibile comercial în perioada mai–iulie 2026 (familia Claude 4.x și Claude 5), prin interfața Claude.ai
Perioada de utilizare	Mai 2026 – iulie 2026 (sesiuni de lucru succesive, documentate în istoricul proiectului)
Mediul de lucru	Proiect dedicat, cu bazele de date și documentele normative încărcate de autor; toate calculele executate programatic (Python/pandas/scipy/matplotlib), cu scripturi reproductibile
Date utilizate	Exclusiv surse furnizate sau indicate de autor: baze de date proprii FSSR (Comparatorul de salarii — 57.333 de simulări), date publice oficiale (CNAS/MS, acte normative, livrabilele Băncii Mondiale RAS P178811) și versiunile succesive ale proiectului de lege

13.2. Natura și întinderea utilizării IA

Utilizarea IA a acoperit următoarele activități, sub direcția și controlul permanent al autorului:

Faza de lucru	Activitatea realizată cu asistența IA	Gradul de implicare a IA
Procesarea datelor	Cuplarea programatică a bazelor de date (Comparator × CNAS × baza efectivelor: 354/362 unități), curățarea, ponderarea și agregarea datelor	Ridicat (execuție); reguli stabilite de autor
Analiza statistică	Calculul indicatorilor de inegalitate (Gini, dispersii p90/p10, celule comparabile), corelații (Spearman), regresii și descompuneri de varianță (R^2), simulări de impact (57.333 de poziții)	Ridicat (execuție); ipoteze și specificații stabilite de autor
Vizualizare	Generarea figurilor (matplotlib) și a tabelelor, în identitatea grafică a proiectului	Ridicat (execuție); machetare validată de autor
Redactare	Redactarea asistată a secțiunilor analitice, a anexelor tehnice și a documentelor de lucru (Word), pe baza rezultatelor numerice și a cadrului interpretativ stabilit de autor	Mediu–ridicat (co-redactare); revizuire și decizie editorială umană



Verificare	Verificări încrucișate între surse independente, teste de non-regresie față de rezultatele validate anterior, audituri de consistență (ortografie, diacritice, validare OpenXML)	Ridicat (execuție); criterii de validare stabilite de autor
Documentare	Căutarea și sintetizarea surselor publice (acte normative, analize FSSR anterioare, documente oficiale), cu citarea provenienței	Mediu; selecția și evaluarea finală a surselor de către autor

13.3. Contribuția și controlul uman

Evaluarea întregii activități de elaborare arată că elementele definitorii ale cercetării aparțin integral autorilor umani:

- Concepția și designul: cadrul teoretic al studiului (tipologia inegalităților salariale), ipotezele de cercetare (inclusiv ipoteza erodării sporurilor, a compresiei ierarhice, a decuplării recompensei de încărcare), întrebările de cercetare și structura studiului au fost formulate de autor.
- Datele: sursele primare (Comparatorul de salarii FSSR, bazele de personal și de câștiguri, seriile CNAS/MS) au fost constituite, colectate sau selectate de autor și de echipa FSSR/CCDSS, anterior și independent de utilizarea IA; IA nu a generat date empirice.
- Metodologia: regulile de calcul determinante (bazele de referință ale sporurilor, regulile de compensare a variațiilor, definirea celulelor comparabile, pragurile de robustețe, scenariile minim/maxim/plafonat) au fost stabilite explicit de autor; IA le-a implementat programatic.
- Validarea: fiecare rezultat intermediar a fost verificat de autor prin raportare la valori de referință cunoscute (grile normative, rezultate validate în etape anterioare, principiul non-regresiei), iar discrepanțele au fost investigate până la clarificare; rezultatele care nu au trecut validarea au fost recalculat sau eliminate.
- Interpretarea și concluziile: semnificația rezultatelor, ierarhizarea constatărilor, formulările cu valoare de poziție instituțională și recomandările aparțin autorului și structurilor FSSR/CCDSS; atribuirea concluziilor urmează regulile interne ale organizației.
- Decizia editorială: selecția conținutului inclus în studiu, forma finală a textului, integrarea sau respingerea formulărilor propuse de IA au fost decise exclusiv de autor.

13.4. Măsuri de asigurare a calității și limitele declarate

Reproductibilitate: toate rezultatele numerice provin din scripturi Python executate asupra surselor primare; scripturile și bazele intermediare sunt păstrate și permit reproducerea integrală a calculelor.

Verificare încrucișată: cifrele-cheie au fost validate prin surse independente (exemplu: efectivul TESA — 10.822 în baza de referință vs. 10.817 în Macheta MS, diferență de 0,05%).

Controlul erorilor cunoscute ale IA: riscul de eroare factuală („halucinație”) a fost atenuat prin regula ca nicio valoare să nu fie preluată din memoria modelului fără verificare în sursă primară



sau recalculare programatică, prin testele de non-regresie între sesiuni și prin auditarea finală a fiecărui livrabil.

Limite: asistența IA nu elimină limitele metodologice declarate în studiu (auto-selecția eșantionului Comparatorului, perioade de referință ușor diferite între surse, estimări dependente de scenariile de activitate); acestea sunt documentate în anexele metodologice ale fiecărui livrabil.

13.5. Delimitări: ce nu a realizat IA

IA nu a formulat ipotezele și obiectivele cercetării; nu a colectat date empirice; nu a decis metodologia de fond; nu a stabilit concluziile și pozițiile instituționale; nu a luat decizii editoriale finale; nu figurează și nu poate figura ca autor.

13.6. Asumarea răspunderii

În conformitate cu criteriile de autorat ICMJE și cu poziția COPE, autorul își asumă răspunderea integrală pentru conținutul studiului și al analizelor conexe, inclusiv pentru toate secțiunile elaborate cu asistența IA.

25 iulie 2026