



R O M Â N I A
CURTEA CONSTITUȚIONALĂ
CANCELARIA PREȘEDINTELUI

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR
PREȘEDINTE
Intrare Nr. 1/5389/34
20.25 Luna 09 Ziua 10

Palatul Parlamentului

Calea 13 Septembrie nr.2, Intrarea B1, Sectorul 5, 050725, București, România

Telefon: (+40-21) 313.25.31; Fax: (+40-21) 312.54.80

Internet: <http://www.ccr.ro> E-mail: pres@ccr.ro

7/25/11.09.
2025

Dosar nr.4055A/2025

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ
REGISTRATURĂ JURISDIȚIONALĂ
NR. 11027/ 10 SEP 2025

Domnului
SORIN-MIHAI GRINDEANU
PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR

În conformitate cu dispozițiile art.16 alin.(2) din Legea nr.47/1992 privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, vă comunicăm, alăturat, în copie, sesizarea formulată de parlamentari aparținând Grupului parlamentar al Alianței pentru Unirea Românilor, Grupului parlamentar al S.O.S. România, Grupului parlamentar al Partidului Oamenilor Tineri, referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025).

Vă adresăm rugămintea de a ne comunica punctul dumneavoastră de vedere până la data de 15 septembrie 2025 (inclusiv în format electronic, la adresa de e-mail ccr-pdv@ccr.ro), ținând seama de faptul că dezbaterile Curții Constituționale vor avea loc la data de 24 septembrie 2025.

Vă asigurăm de deplina noastră considerație.

PREȘEDINTE,

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR
SECRETAR GENERAL
Nr. 2/4669 ep
20.25 Luna 09 Ziua 11

Prof.univ.dr. ~~Elena Simina~~ **TĂNĂSESCU**

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

Dosar nr. 4055 A1 2025



CURTEA CONSTITUȚIONALĂ
REGISTRATURA JURISDICTIONALĂ

NR. 11007, 09 SEP 2025

1650

**Parlamentul României
Camera Deputaților
Secretar General**

București, 09.09.2025
Nr.2/ 9118

Doamnei

**ELENA-SIMINA TĂNĂSESCU
Președintele Curții Constituționale**

Stimată doamnă Președinte,

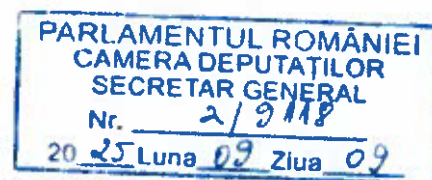
În temeiul dispozițiilor art. 15 alin. (1) din Legea nr. 47/1992 privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, republicată, vă transmitem, alăturat, sesizarea formulată de parlamentari aparținând Grupului parlamentar al Alianței pentru Unirea Românilor, Grupului parlamentar al S.O.S. România, Grupului parlamentar al Partidului Oamenilor Tineri, referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025).

Cu aleasă considerație,

p. SECRETAR GENERAL

Ioana BRAN-VOINEA

Secretar general adjunct



**PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR**

Grupul parlamentar S.O.S. ROMÂNIA

Grupul parlamentar AUR

Grupul parlamentar POT

Către

Doamna Secretar General IOANA BRAN-VOINEA

Vă transmitem, anexat, sesizarea de neconstituționalitate la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025) care a făcut obiectul angajării Guvernului în ședința Camerelor reunite ale Parlamentului din data de 7 septembrie 2025 semnată de 54 deputați.

Anexăm stick cu cele 3 semnături electronice Pot

Cu deosebită considerație,

Lider al Grupului parlamentar AUR

ENACHE MIHAI ADRIAN

Lider al Grupului parlamentar

S.O.S. România

IONEL GOIDESCU

Lider al Grupului parlamentar POT

GAVRILA ANAMARIA

PARLAMENTUL ROMÂNIEI
CAMERA DEPUTAȚILOR

INTERPRETE NR.
AN
LUNA



**Parlamentul României
Camera Deputaților**

Grupul Parlamentar al Alianței pentru Unirea Românilor (AUR)

Grupul parlamentar S.O.S. ROMÂNIA

Grupul parlamentar POT

Către,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ A ROMÂNIEI

Stimată Doamnă Președinte,

Subsemnații, deputați înscrși în lista anexă la prezenta cerere, în temeiul art. 146 lit. a) din Constituția României, revizuită și republicată și al art. 138 alin. (3) din Regulamentul Camerei Deputaților, aprobat prin Hotărârea Camerei Deputaților nr. 8/1994, publicată în M. Of. nr. 50 din 25 februarie 1994, republicat în M. Of. nr. 72 din 26 ianuarie 2024, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. 15 din Legea nr. 47/1992 privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale a României, republicată în Monitorul Of. nr. 807 din 3 decembrie 2010, cu modificările și completările ulterioare, formulăm prezenta

OBIECȚIE DE NECONSTITUȚIONALITATE

a prevederilor **Legii pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025)**, în forma adoptată în ședința comună a Camerei Deputaților și Senatului din 1 septembrie 2025, prin angajarea răspunderii Guvernului.

Având în vedere următoarele

CONSIDERENTE

I. Obiectul controlului de neconstituționalitate

În privința obiectului sesizării, acesta constă în **Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025, în continuare, *Legea*)**, asupra căreia vă solicităm să vă pronunțați având în vedere **motivele de neconstituționalitate extrinsecă și intrinsecă ale Legii, în integralitatea acesteia, precum și ale articolelor menționate în cuprinsul obiecției de neconstituționalitate.**

II. Admisibilitatea sesizării de neconstituționalitate

Față de prevederile art. 146 lit. a) teza întâi din Constituție, sesizarea de neconstituționalitate îndeplinește condițiile prevăzute atât sub aspectul titularilor dreptului de sesizare, întrucât a fost formulată de un număr de peste 50 de deputați, cât și sub aspectul obiectului, fiind vorba de o lege adoptată, dar nepromulgată încă.

Cu privire la termenul în care poate fi sesizată instanța de contencios constituțional, potrivit art. 15 alin. (2) din Legea nr. 47/1992, acesta este de 5 zile de la data depunerii legii adoptate la secretarii generali ai celor două Camere ale Parlamentului, întrucât legea nu a fost adoptată în procedură de urgență. Totodată, în temeiul art. 146 lit. a) teza întâi din Legea fundamentală, Curtea Constituțională se pronunță asupra constituționalității legilor înainte de promulgarea acestora, care, potrivit art. 77 alin. (1) teza a doua din Constituție, se face în termen de cel mult 20 de zile de la primirea legii adoptate de Parlament, iar, potrivit art. 77 alin. (3) din Constituție, în termen de cel mult 10 zile de la primirea legii adoptate după reexaminare.

Legea care face obiectul acestei sesizări a fost depusă la Secretarul General al Camerei Deputaților în vederea exercitării dreptului de sesizare asupra constituționalității legii la data de 07.09.2025.

În consecință, *Curtea Constituțională este legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. a) din Constituție, precum și ale art. 1, art. 10, art. 15 și art. 18 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze obiecția de neconstituționalitate.*

III. Criticile de neconstituționalitate extrinsecă

A. Legea asupra căreia Guvernul și-a angajat răspunderea reglementează mai multe domenii care nu au o legătură între ele ori nu există un scop sau un interes general unic (lipsa unității de reglementare) – încălcarea art. 1 alin. (3)-(5), a art. 61 și a art. 114 din Constituția României

Legea adoptată prin angajarea răspunderii guvernului **modifică și completează 4 acte normative cu putere de lege**, respectiv:

- a) Art. I – Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- b) Art. II – Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative;
- c) Art. III - V – nu menționează actele normative care se modifică;
- d) Art. VI – instituie derogări de la Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății;
- e) Art. VII – Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare;
- f) Art. VIII – Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății;

Totodată, acest proiect de lege pe care și-a asumat răspunderea Guvernul, **conține și articole prin care se instituie norme noi sau norme derogatorii care nu sunt incluse în legile de bază (a se vedea în acest sens, art. III-VI din Lege).**

Conform Deciziei CCR nr. 298/2006, o astfel de lege „poate să aibă și un caracter complex, să fie structurat pe mai multe titluri, capitole și secțiuni și să reglementeze mai multe domenii, dacă există o legătură între ele ori dacă există un scop sau un interes general unic”.

Conform Deciziei CCR nr. 61/2020 (pronunțată la sesizarea PSD):

„71. Examinând jurisprudența anterior menționată, Curtea reține că angajarea răspunderii Guvernului se evaluează în funcție de patru criterii impuse de art. 114

din Constituție, și anume: (i) existența unei urgențe în adoptarea măsurilor conținute în legea asupra căreia Guvernul și-a angajat răspunderea; (ii) necesitatea ca reglementarea în cauză să fie adoptată cu maximă celeritate; (iii) importanța domeniului reglementat; (iv) aplicarea imediată a legii în cauză. Cel de-al treilea criteriu menționat (importanța domeniului reglementat), precum și prescripția normativă expresă a prevederilor art. 114 alin. (1) din Constituție relevă faptul că premisa analizei Curții Constituționale în privința îndeplinirii celor patru criterii enunțate este aceea a unui **proiect de lege al cărui obiect de reglementare se subsumează unui domeniu unic**. Prin urmare, pentru a se constata că Guvernul și-a angajat răspunderea asupra unui singur proiect de lege, este necesară o evaluare a proiectului de lege prezentat Parlamentului atât din punct de vedere formal, cât și material. În consecință, Curtea urmează a analiza cu precădere critica de neconstituționalitate formulată de autorii obiecției de neconstituționalitate potrivit căreia legea adoptată are un caracter eterogen, întrucât vizează o multitudine de acte normative și, astfel, nu ar constitui un proiect de lege în sensul art. 114 alin. (1) din Constituție.

72. În cauză, Curtea reține că, în mod formal, prin procedura angajării răspunderii a fost adoptat un singur proiect de lege. Totuși, evaluând conținutul normativ al Legii privind unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative, se constată că însuși titlul acesteia atestă faptul că legea vizează domeniul fiscal și cel bugetar, precum și un număr nespecificat de domenii care se circumscriu operațiunii de modificare și completare a „unor” acte normative.

77. În consecință, Curtea constată că **prin promovarea unui proiect de lege cuprinzând reglementări dintr-o multitudine de materii pe calea angajării răspunderii Guvernului a fost încălcat art. 114 alin. (1) din Constituție. Acest text constituțional prevede în mod expres că o procedură de angajare a răspunderii Guvernului vizează un singur proiect de lege, iar rațiunea unei asemenea reglementări rezidă în faptul că în sine procedura de angajare a răspunderii Guvernului în fața Parlamentului este una care limitează rolul de legiferare al Parlamentului, astfel că aceasta trebuie și poate fi realizată doar în condiții restrictive. Or, în cauza de față, Guvernul nu a făcut altceva decât să convertească o serie de proiecte de lege care ar fi vizat cele peste 20 de acte normative modificate/completate/prorogate într-unul singur tocmai în scopul de a se încadra, în mod formal, în prescripția normativă a art. 114 alin. (1) din Constituție. Un astfel de proiect de lege eludează, însă, atât litera, cât și scopul textului constituțional, astfel încât legea adoptată prin procedura angajării răspunderii Guvernului este neconstituțională.**

Conform art. 14 alin. 2 Legea 24/2000 referitor la **unicitatea reglementării în materie**, „un act normativ poate cuprinde reglementări și din alte materii conexe numai în măsura în care sunt indispensabile realizării scopului urmărit prin acest act.”

Din acest punct de vedere se încalcă art. 114 din Constituția României, dar și art. 1 alin. 3-5 din Constituția României.

De asemenea, din 1991 și până în prezent s-a abuzat de această procedură a angajării răspunderii într-un mod pe care am putea să-l numim „barbar”. Constituția se referă la **un proiect de lege, o declarație de politică generală sau un program de guvernare**.

Textul constituțional trebuie interpretat într-un mod unitar. Este neîndoielnic faptul că **asa cum nu poate fi vorba despre două sau mai multe programe de guvernare, două sau mai multe declarații politice, nu poate fi acceptată nici situația a două sau mai multe proiecte de legi.**

Aceasta este interpretarea logico-sistematică a textului.

Cu toate acestea, **s-a forțat interpretarea și, cu girul Curții Constituționale, s-a admis că poate fi vorba despre mai multe proiecte de**

lege, cu condiția să existe legătură între acestea, născându-se teoria "legilor complexe". Începând cu 2006, Curtea Constituțională a „tolerat” că Guvernul își poate angaja răspunderea asupra unui „pachet de legi”.¹

De la **un pachet de legi**, a existat tendința, în anul 2005, să se angajeze răspunderea **mai multor pachete**, însă în urma protestelor din Parlament, al criticilor vehemente, s-a renunțat și au fost „înghesuite” într-un singur „pachet” mai multe reglementări care aveau să devină Legea nr. 247/2005 privind reforma în domeniile justiției, al proprietății, precum și unele măsuri adiacente.²

În prezent asistăm la o inovație fără precedent, care se cuvine să intre în istoria neagră a constituționalismului postdecembrist.

Guvernul își angajează în aceeași zi răspunderea, în mod succesiv, asupra a cinci proiecte de legi, între care se regăsește și cea care face obiectul prezentei obiecții de neconstituționalitate.

Motivarea pentru care s-a recurs la această soluție a fost aceea de a se „ocoli” Curtea Constituțională, respectiv de a se elimina riscul ca aceasta să invalideze un pachet în care să se afle încorporate cinci pachete legislative cuprinzând modificarea a numeroase legi.

Apreciem că **este nelegitimă atât motivarea care a stat la baza unei asemenea proceduri, cât și procedura în sine.**

Ambele relevă **o formă brutală de subrogare a Guvernului, adică a executivului, în treburile Parlamentului** și de infirmare pe această cale a rolului Parlamentului de unică autoritate legiuitoare, consfințit de art. 61 din Constituție.

Fată de toate acestea, aducem la cunoștința Curtii că am sesizat la data de 03.09.2025 Comisia de la Venetia și GRECO, sens în care solicităm consultarea Curtii cu organismele europene.

B. Legea încalcă art. 114 din Constituție cu referire la condițiile în care Guvernul își poate angaja răspunderea asupra unui proiect de lege

Procedura angajării răspunderii Guvernului asupra unui proiect de lege trebuie să se refere la o situație care, fără a fi extraordinară, necesită o rezolvare ce nu poate fi amânată.

Conform Deciziei CCR nr. 1.557/2009, la această modalitate simplificată de legiferare (angajarea răspunderii) trebuie să se ajungă *in extremis*, „atunci când adoptarea proiectului de lege în procedură obișnuită sau în procedura de urgență nu mai este posibilă ori atunci când structura politică a Parlamentului nu permite adoptarea proiectului de lege în procedura uzuală sau de urgență”.

Așa fiind, „dreptul Guvernului de a stabili conținutul și structura unui proiect de lege nu este absolut, el trebuind să se supună unor condiții impuse ori desprinse din realitate sau de caracterul vital al legii pentru programul său de guvernare. A ignora astfel de limitări echivalează cu subminarea unui raport echilibrat între puterile statului, negând până la anihilare rolul de legiferare ca funcție principală a Parlamentului, prin minimalizarea conceptului de reprezentativitate.”

Se observă că, prin această decizie, Curtea a stabilit, pe calea interpretării sistematice și teleologice a Constituției, existența unor limite în privința adoptării unui proiect de lege prin procedura angajării răspunderii

¹ Dana Apostol Tofan, *Constituția României. Comentarii pe articole*, ed. 3, Ed. C. H. Beck, București, 2022, p. 963.

² Publicată în M. Of. nr. 653 din 22 iulie 2005.

Guvernului, limite în absența cărora ar exista riscul transformării unei excepții într-o regulă care ar pune în pericol statul de drept.

În același sens, prin Decizia CCR nr. 1431/2010, pronunțată urmare cererii de soluționare a conflictului juridic de natură constituțională dintre Parlamentul României și Guvern, formulată de Președintele Senatului, Curtea, admitând sesizarea, a întărit interpretarea dată dispozițiilor art. 114 din Constituție, statuând că **„acceptarea ideii potrivit căreia Guvernul își poate angaja răspunderea asupra unui proiect de lege în mod discreționar, oricând și în orice condiții, ar echivala cu transformarea acestei autorități în autoritate publică legiuitoare, concurentă cu Parlamentul în ceea ce privește atribuția de legiferare. Or, o astfel de interpretare dată dispozițiilor art. 114 din Legea fundamentală este în totală contradicție cu cele statuate de Curtea Constituțională în jurisprudența citată (n.a. - Decizia nr. 1.557/2009) și, prin urmare, în contradicție cu prevederile art. 147 alin. (4) din Constituție, care consacră obligativitatea erga omnes a deciziilor Curții Constituționale, și încalcă în mod flagrant dispozițiile art. 1 alin. (4) și art. 61 alin. (1) din Constituție.”**

În Decizia nr. 28 din 29 ianuarie 2020, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 165 din 28 februarie 2020, Curtea Constituțională atrage atenția asupra consecințelor grave pe care le poate avea această procedură, „întrucât proiectul de lege propus într-o asemenea procedură poate fi adoptat fără dezbateri, fără explicații, Guvernul putând respinge pur și simplu orice amendament”. Cu toate acestea, Guvernul își poate angaja răspunderea politică pentru orice fel de proiect de lege, excluzând o lege de revizuire a Constituției, fără a afecta în vreun fel «monopolul legislativ al Parlamentului», dacă se respectă condițiile prevăzute de Constituție.

Într-o serie de decizii vizând interpretarea art. 114 din Constituție (a se vedea, inter alia, Decizia nr. 1655 din 28 decembrie 2010, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 51 din 20 ianuarie 2011 sau Decizia nr. 29 din 29 ianuarie 2020, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 128 din 19 februarie 2020) Curtea Constituțională a statuat asupra condițiilor ce trebuie îndeplinite cumulativ pentru ca Guvernul să își poată angaja răspunderea:

„1) existența unei urgențe în adoptarea măsurilor conținute în legea asupra căreia Guvernul și-a angajat răspunderea;

2) necesitatea ca reglementarea în cauză să fie adoptată cu maximă celeritate;

3) importanța domeniului reglementat;

4) aplicarea imediată a legii în cauză”

Guvernul nu are, așadar, o competență discreționară de a-și angaja răspunderea, ci trebuie să considere o serie de criterii obiective anterior menționate referitoare la necesitatea reglementării cu celeritate a domeniului vizat.

Prin Decizia nr. 1557 din 18 noiembrie 2009, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 40 din 19 ianuarie 2010, Curtea Constituțională a reținut că „Angajarea răspunderii Guvernului potrivit art. 114 din Constituție reprezintă o procedură complexă ce implică raporturi de natură mixtă, deoarece, pe de o parte, prin conținutul său este un act ce emană de la executiv, și, pe de altă parte, prin efectul său, fie produce un act de legiferare - așa cum este în speța de față -, fie se ajunge la demiterea Guvernului. Așa fiind, angajarea răspunderii asupra unui proiect de lege reprezintă o modalitate legislativă indirectă de adoptare a unei legi care, neurmând procedura parlamentară obișnuită, este practic adoptată tacit în absența dezbaterilor, Guvernul ținând cont sau nu de amendamentele făcute. La această modalitate simplificată de legiferare trebuie să se ajungă în extremis atunci când adoptarea proiectului de lege în procedură obișnuită sau în

procedura de urgență nu mai este posibilă ori atunci când structura politică a Parlamentului nu permite adoptarea proiectului de lege în procedura uzuală sau de urgență.”

Mai mult, Guvernul actual a primit votul de încredere al Parlamentului la data de 23.06.2025 (Hotărârea pentru acordarea încrederii Guvernului nr. 25/23 iunie 2025), iar problemele din sistemul de sănătate nu sunt sub nicio formă noi. Prin urmare, alegerea deliberată de a nu acționa în sesiunea parlamentară ordinară și de a recurge la procedura excepțională doar după încheierea acesteia relevă o strategie deliberată de eludare a controlului parlamentar efectiv. Acceptarea acestei modalități de legiferare în circumstanțele prezentate ar echivala cu legitimarea unei practici prin care orice guvern ar putea să își manufactureze propria urgență, ignorând deliberat termenele disponibile în procedurile normale, pentru a obține ulterior justificarea folosirii procedurilor excepționale.

Conform art. 1 alin. (4) din Constituție, organizarea statului român se bazează pe principiul separației și echilibrului puterilor. Utilizarea abuzivă a procedurii prevăzute de art. 114 transformă Guvernul într-o autoritate legiuitoare concurentă cu Parlamentul, subminând rolul constituțional al acestuia din urmă și alterând echilibrul constituțional al puterilor. Prin urmare, în condițiile în care urgența invocată este artificial creată prin propria inacțiune a Guvernului pe o perioadă îndelungată, adoptarea legii prin angajarea răspunderii constituie o încălcare gravă a principiilor constituționale fundamentale și ale jurisprudenței constante a Curții Constituționale.

În primul și valorosul comentariu al Constituției se afirmă că **“prin angajarea răspunderii sale politice, Guvernul pune Parlamentul în fața unei alternative: fie să mențină în funcțiune Guvernul, fiind atunci obligat să-i acorde ceea ce a cerut, fie să nu-i acorde cele solicitate pentru a putea acționa, dar atunci numai prin asumarea responsabilității demiterii sale”**.³

Aceasta intervine, de regulă, în situațiile în care încrederea Parlamentului în Guvern a scăzut și atunci Guvernul simte nevoia să se re poziționeze, „**își pune mandatul pe masă**” dar poate să obțină ceea ce într-o procedură obișnuită ar obține foarte greu.

Guvernul actual nu se afla într-o asemenea poziție. Acesta este de 2 luni investit, are o majoritate confortabilă, astfel încât nu se află în situația de a-și angaja răspunderea.

Elementul esențial este faptul că statul român se află într-o situație gravă, provocată, evident, de cei care au guvernat-o până în prezent. Din această situație gravă are legitimitate constituțională doar organul suprem reprezentativ al poporului român, care este Parlamentul, nu Guvernul.

În alte condiții, angajarea răspunderii Guvernului nu este decât o formă a abuzului care se dă acestei instituții și care se manifestă, de altfel, de când a fost introdusă în Constituție.

Din acest punct de vedere, apreciem că în litera și spiritul Constituției, era necesar ca Guvernul să promoveze un proiect de lege, în procedură de urgență, care putea fi adoptat într-o săptămână. Se poate în Parlament ca un deputat să aibă recordul ca în 2 săptămâni să promoveze și să adopte o lege, cunoscutele „legi Vexler”, dar Guvernul nu a avut curajul să facă acest lucru.

În raport cu această situație de fapt și cu statuările Curții Constituționale, Guvernul României nu avea deschisă posibilitatea constituțională de a modifica mai multe acte normative din domeniul sănătății și nu numai, pe calea angajării

³ Andre Hauriou, apud Mihai Constantinescu, Antonie Iorgovan, în Mihai Constantinescu și alții, *Constituția României, comentată și adnotată*, R.A. “Monitorul Oficial”, București, 1992, p. 253.

răspunderii, câtă vreme:

i. Nu era îndeplinită condiția referitoare la existența unei urgențe în adoptarea măsurilor conținute în legea asupra căreia Guvernul și a angajat răspunderea

Motivul adoptării acestei Legi prin angajarea răspunderii Guvernului este reprezentat (potrivit chiar Expunerii de motive ce însoțește proiectul de act normativ) de respectarea termenelor de implementare a măsurilor cuprinse în Planul de măsuri de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale, elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Cu toate acestea, lucrurile nu sunt noi și, dacă până acum nu au fost deloc tratate ca reprezentând urgențe, nu vedem de ce acum ele ar fi prezentate în această modalitate.

Condiția urgenței presupune existența unor împrejurări obiective, reale și imediate, care reclamă intervenția legislativă rapidă, fără posibilitatea utilizării procedurilor parlamentare obișnuite sau de urgență. În cazul de față, Guvernul a justificat recurgerea la această procedură prin necesitatea respectării termenelor de implementare a măsurilor cuprinse în Planul de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale. Totuși, aspectele invocate nu reprezintă situații noi sau imprevizibile. Probleme precum organizarea cabinetelor medicale, statutul managerilor de spitale, regimul plăților în medicina primară sau mecanismele de monitorizare a serviciilor medicale au existat și anterior, iar legiuitorul a intervenit constant prin modificări legislative succesive în ultimii ani.

Mai mult, o parte semnificativă a măsurilor prevăzute în proiectul de lege produc efecte abia începând cu anii 2026, 2027 sau chiar 2028, ceea ce demonstrează în mod evident inexistența unei urgențe legislative. Nu se poate pretinde că există o nevoie imediată și vitală de reglementare atunci când aplicarea dispozițiilor este amânată pentru un orizont de timp de câțiva ani. Aceasta contravine chiar rațiunii procedurii de la art. 114 alin. (1) din Constituție, care este concepută ca un instrument excepțional destinat unor situații de criză legislativă, ce nu suportă amânare.

În jurisprudența sa, Curtea Constituțională a reținut că urgența trebuie să fie „reală, obiectiv determinată și imediată”, iar angajarea răspunderii Guvernului nu poate fi justificată de simple motive de oportunitate sau de dorința de accelerare a unor politici publice deja discutate și reglementate. În speță, lipsa unei urgențe este evidentă, iar procedura angajării răspunderii nu se justifică.

ii. Nu era îndeplinită nici condiția ca reglementarea în cauză să fie adoptată cu maximă celeritate

Angajarea răspunderii Guvernului asupra unui proiect de lege trebuie să reprezinte o soluție extremă, la care Guvernul poate recurge doar atunci când, pentru adoptarea într-un timp scurt a proiectului, nici procedura de urgență și nici procedura ordonanțelor de urgență nu mai pot da rezultatele scontate, ori atunci când structura politică a Parlamentului nu permite adoptarea proiectului de lege în procedura uzuală sau de urgență.

În speță însă nu se pune aceeași problemă, întrucât, atunci când există o majoritate parlamentară care rezultă din faptul că partidele respective au format Guvernul, adoptarea sub forma asumării răspunderii nu este oportună (a se vedea în acest sens, Decizia nr. 1655 din 28 decembrie 2010, precitată).

iii. Nu erau întrunite elementele care vizau cerința legată de importanța domeniului reglementat.

Deși domeniul sănătății are, în mod incontestabil, o importanță majoră și reprezintă un interes public fundamental, modificările aduse prin proiectul de lege asupra căruia Guvernul și-a angajat răspunderea nu privesc aspecte vitale și imediate, ci se referă în mare parte la chestiuni tehnico-administrative (precum regimul punctelor secundare de lucru ale cabinetelor medicale, procedura de numire a managerilor și a șefilor de secție din spitale, modificarea unor procente de plată în asistența medicală primară începând cu anul 2026 sau reglementarea unor mecanisme de monitorizare ce vor intra în vigoare abia în 2027). Multe dintre aceste prevederi vizează termene îndepărtate (2026, 2027 sau chiar 2028), ceea ce contrazice existența unei urgențe reale și imediate care ar justifica recurgerea la procedura de la art. 114 alin. (1) din Constituție.

Se poate observa că, potrivit jurisprudenței Curții Constituționale, Guvernului nu-i este permis să apeleze la procedura reglementată de art. 114 din Constituție atunci când în respectiva materie s-au succedat reglementări adoptate succesiv de Parlament.

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății a fost modificată de numeroase ori în ultimii ani, printr-o serie consistentă de legi adoptate de Parlament. Doar în perioada 2022–2025, Parlamentul a intervenit prin peste 20 de legi distincte: Legea nr. 58/2022, Legea nr. 133/2022, Legea nr. 198/2022, Legea nr. 282/2022, Legea nr. 308/2022, Legea nr. 328/2022; Legea nr. 28/2023, Legea nr. 33/2023, Legea nr. 269/2023, Legea nr. 297/2023, Legea nr. 351/2023, Legea nr. 371/2023, Legea nr. 378/2023; Legea nr. 205/2024, Legea nr. 255/2024, Legea nr. 265/2024, Legea nr. 293/2024, Legea nr. 309/2024; Legea nr. 33/2025, Legea nr. 71/2025, Legea nr. 100/2025, Legea nr. 141/2025.

Această multitudinea de modificări succesive demonstrează că Parlamentul a fost în permanență activ în această materie, ceea ce exclude orice argument privind necesitatea excepțională a asumării răspunderii de către Guvern.

Jurisprudența Curții Constituționale (Decizia nr. 1431/2010; Decizia nr. 1655/2010) este constantă în sensul că Guvernul nu poate folosi procedura angajării răspunderii pentru a evita dezbaterile parlamentare atunci când domeniul respectiv este reglementat în mod obișnuit și repetat de Parlament. În aceste condiții, cerința privind importanța excepțională a reglementării, nici cea privind caracterul urgent și indispensabil al adoptării prin procedura specială nu sunt întrunite.

iv. Nu era îndeplinită cerința vizând aplicarea imediată a legii

Sub acest aspect prezintă relevanță faptul că odată neîndeplinită cerința privind caracterul urgent al intervenției legislative, nici ultima condiție referitoare la necesitatea aplicării imediate a legii nu poate fi considerată ca îndeplinită.

Astfel, simpla stabilire a unei date calendaristice apropiate ca moment în timp de data adoptării legii pe calea procedurii excepționale prevăzute de art. 114 din Constituție, nu poate reprezenta, *per se*, o dovadă a necesității intrării imediate în vigoare a noii legi, câtă vreme data de 01.10.2025, ca dată a intrării în vigoare a noii legi nu poate fi justificată obiectiv, ca fiind absolut necesară. Niciun argument nu se opune unei concluzii în sensul că această dată putea la fel de bine cea de 01.01.2026 sau 01.03.2026, sau orice dată ulterioară.

v. Tehnica de asumare a răspunderii încalcă normele de tehnică legislativă și a fost folosită abuziv

În acord cu jurisprudența Curții Constituționale (Decizia nr. 147/2003), asumarea răspunderii în maniera în care a fost făcută, asupra unui număr de peste 20 de acte normative, care reglementează domenii din cele mai diverse, încalcă normele de tehnică legislativă. Simpla divizare în 5 pachete legislative nu poate

acoperi viciul de neconstituționalitate de vreme ce asumarea răspunderii s-a făcut într-o ședință unică, printr-un procedeu artificial menit a conferi o aparență de legalitate.

În realitate, nu se poate susține că asumarea răspunderii Guvernului este divizată în 5 pachete, asumarea răspunderii Guvernului fiind unică, indiferent de denumirea sub care ar fi grupate actele normative asupra cărora se angajează răspunderea.

Pentru toate aceste considerente, vă rugăm să constatați că legea de față are un caracter neconstituțional izvorât din adoptarea ei pe calea angajării răspunderii de către Guvern, fără ca vreuna dintre condițiile impuse de Curtea Constituțională ca fiind necesare pentru a putea reține incidența acestor dispoziții să fi fost îndeplinită.

C. Încălcarea principiului securității juridice și al așteptării legitime – încălcarea art. 1 alin. (5) din Constituția României

Adoptarea unor măsuri complexe în domeniul sănătății, fără o consultare publică adecvată și fără o evaluare de impact comprehensivă constituie o încălcare fundamentală a principiilor statului de drept și a dreptului cetățenilor la informație, principii consacrate de Constituția României.

Articolul 1 alineatul (5) din Constituție stabilește că în România statul de drept este o valoare constituțională supremă și garantează supremația legii, egalitatea cetățenilor în fața legii și a autorităților publice, respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale cetățenilor, precum și exercitarea limitată a puterii de stat potrivit principiului separării și echilibrului puterilor.

Principiul statului de drept presupune că procesul legislativ trebuie să fie transparent, predictibil și să permită participarea efectivă a tuturor părților interesate la elaborarea actelor normative care îi afectează. Acest principiu nu se limitează la aspecte formale ale procedurii legislative, ci impune și respectarea unor standarde substanțiale de calitate și transparență în procesul de elaborare a legilor.

Complexitatea și amploarea modificărilor introduse prin proiectul de lege impun necesitatea unei consultări publice extinse și a unei evaluări detaliate a impactului economic și social al acestor măsuri. Lipsa unei astfel de consultări încalcă principiile procedurale fundamentale ale statului de drept.

Articolul 31 din Constituție garantează dreptul la informație ca un drept fundamental al cetățenilor. Acest drept include nu doar accesul la informațiile deja existente, ci și dreptul de a fi informat în prealabil despre măsurile care îi afectează și de a avea acces la explicații clare și comprehensibile privind aceste măsuri.

Lipsa unor explicații clare și detaliate privind motivele și efectele previzibile ale modificărilor legislative încalcă dreptul cetățenilor la informație prin împiedicarea acestora de a înțelege și a se pregăti pentru noile reglementări. Cetățenii au dreptul să cunoască nu doar textul noilor reglementări, ci și justificarea acestora și impactul previzibil asupra situației lor.

Complexitatea tehnică a multor modificări face ca dreptul la informație să presupună nu doar publicarea textelor legislative, ci și furnizarea unor explicații accesibile publicului la care să faciliteze înțelegerea și aplicarea noilor reglementări.

Impactul cumulativ al acestor deficiențe procedurale poate afecta grav calitatea reglementărilor adoptate și poate genera efecte negative neintenționate care ar fi putut fi evitate printr-un proces legislativ riguros și transparent.

Prin urmare, aspectele procedurale și de transparență deficitare din procesul de adoptare a măsurilor din domeniul sănătății încalcă principiul statului de drept prin nerespectarea standardelor de calitate și transparență ale procesului legislativ și dreptul la informație prin privarea cetățenilor de informațiile necesare pentru înțelegerea și pregătirea pentru noile reglementări.

IV. Criticile de neconstituționalitate intrinsecă

D. Critici de neconstituționalitate privind art. I pct. 4 din Lege

Textul propus pentru art. 165 alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006, prin care personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată în instituțiile de învățământ superior acreditate, precum și medicii și farmaciștii specialiști/primari cu calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, beneficiază de integrare clinică în unități medicale aflate în subordinea sau coordonarea unor autorități publice, precum și în spitale și cabinete private, este susceptibil de a încălca **principiul egalității în drepturi consacrat de art. 16 alin. (1) din Constituție**, potrivit căruia „Cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără privilegii și fără discriminări”.

Prin acordarea unui regim derogatoriu de acces la posturile din unitățile și instituțiile medicale publice – care se ocupă, în mod obișnuit, prin concurs sau examen, conform legislației generale aplicabile personalului bugetar – se creează o situație privilegiată pentru o anumită categorie socio-profesională (personalul didactic medico-farmaceutic și asistenții universitari), în detrimentul altor categorii de medici și farmaciști aflați în situații similare. Această diferențiere nu se sprijină pe un criteriu obiectiv și rațional, ci instituie un tratament preferențial nejustificat.

În jurisprudența sa constantă, Curtea Constituțională a statuat că **egalitatea în drepturi presupune instituirea unui tratament juridic egal pentru persoane aflate în situații similare, iar diferențierea este permisă doar atunci când există o justificare obiectivă și rezonabilă**. În **Decizia nr. 657/2019, par. 16**, Curtea a reținut că „situațiile în care se află anumite categorii de persoane trebuie să difere în esență pentru a se justifica deosebirea de tratament juridic, iar această deosebire de tratament trebuie să se bazeze pe un criteriu obiectiv și rațional”. Totodată, Curtea a subliniat că discriminarea constă în excluderea nejustificată de la un drept sau, dimpotrivă, în acordarea unui privilegiu care nu se întemeiază pe diferențe obiective.

Aplicând aceste exigențe, rezultă că norma criticată creează o **discriminare indirectă** între medici/farmaciștii care au și calitatea de cadre didactice universitare și ceilalți medici/farmaciști, care nu beneficiază de aceeași facilitate în ceea ce privește integrarea clinică în unitățile medicale publice. Or, ambele categorii se află, în mod obiectiv, în situații comparabile din perspectiva accesului la funcții și posturi în unitățile sanitare publice. Prin urmare, regimul derogatoriu instituit nu are o justificare constituțională și contravine art. 16 alin. (1) din Constituție.

E. Critici de neconstituționalitate privind art. I pct. 8 și pct. 11 din Lege

Textul modificat al art. 176 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 prevede că evaluarea managerilor spitalelor se face pe baza indicatorilor de performanță asumați prin proiectul de management, care devine anexă la contract, și pe baza indicatorilor stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. De asemenea, la propunerea conducătorilor ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, a primarilor, a președinților consiliilor județene sau a senatelor universităților de medicină și farmacie, ministrul sănătății poate stabili prin ordin și alți indicatori specifici.

Această soluție legislativă concentrează competența decizională exclusiv la nivel central, în persoana ministrului sănătății, diminuând rolul efectiv al autorităților administrației publice locale în ceea ce privește managementul spitalelor aflate în rețeaua lor sanitară proprie. Spre deosebire de reglementarea anterioară, care permitea stabilirea directă de criterii specifice și ponderi prin act administrativ al autorităților locale, noua formă subordonează

această posibilitate voinței ministrului sănătății, care devine singurul titular al puterii de reglementare prin ordin.

Această modificare încalcă dispozițiile **art. 120 alin. (1) din Constituție**, potrivit căreia „Administrația publică din unitățile administrativ-teritoriale se întemeiază pe principiile descentralizării, autonomiei locale și deconcentrării serviciilor publice”. Curtea Constituțională a reținut constant că autonomia locală presupune existența unor competențe reale și efective ale autorităților administrației publice locale, nu doar formale. Diminuarea atribuțiilor acestora în favoarea unui control exclusiv exercitat de autoritatea centrală echivalează cu o atingere adusă principiului constituțional al descentralizării și autonomiei locale.

Exact ca la pct. 8, și în cazul pct. 11, avem o **centralizare a competențelor** în favoarea ministrului sănătății, ceea ce diminuează rolul autorităților locale care au în rețea spitale publice. În forma anterioară, managerul spitalului (numit de regulă cu implicarea autorităților locale) avea o reală atribuție în definirea și asumarea indicatorilor prin contract. În forma modificată, indicatorii se stabilesc de către minister, ceea ce reduce autonomia spitalelor aflate în rețeaua sanitară proprie a unităților administrativ-teritoriale.

În speță, prin transferul competenței de stabilire a indicatorilor de performanță dinspre autoritățile locale către ministrul sănătății, legea goleşte de conținut prerogativele de gestionare a rețelei sanitare proprii de către unitățile administrativ-teritoriale. Aceasta nu reprezintă o simplă coordonare metodologică de la nivel central, ci o subordonare deplină față de ordinul ministrului, ceea ce contravine art. 120 alin. (1) din Constituție.

F. Critici de neconstituționalitate privind art. I pct. 17 din Lege

Modificarea adusă art. 261 alin. (14) și (15), prin care se schimbă raportul dintre plata per capita și plata pe serviciu medical de la 35%-65% în prezent, la 25%-75% în 2026 și 20%-80% începând cu 2027, ridică mai multe probleme de constituționalitate.

În primul rând, prin diminuarea substanțială a ponderii plății per capita se afectează stabilitatea financiară a cabinetelor de medicină de familie, în special în zonele rurale sau defavorizate, unde numărul de consultații este mai redus. Aceasta poate conduce la închiderea unor cabinete și la limitarea accesului populației la serviciile medicale de bază, ceea ce contravine art. 34 alin. (1) și (2) din Constituție, care consacră dreptul la ocrotirea sănătății și obligația statului de a asigura acest drept.

În al doilea rând, noua formulă de finanțare creează o diferență de tratament între pacienții din mediul urban și cei din mediul rural. În timp ce în orașe plata pe serviciu ar putea genera venituri suficiente, în mediul rural medicii de familie ar fi dezavantajați, iar pacienții ar rămâne cu un acces limitat la servicii medicale. Aceasta reprezintă o încălcare indirectă a principiului egalității în drepturi, consacrat de art. 16 alin. (1) din Constituție, prin instituirea unei discriminări de facto între cetățeni în funcție de locul de domiciliu.

Totodată, modificarea nu este fundamentată printr-o analiză concretă și previzibilă a impactului asupra sistemului de sănătate. Expunerea de motive invocă doar general obiectivul de „eficientizare a cheltuielilor”, fără a demonstra cum se va asigura în practică protejarea cabinetelor vulnerabile sau menținerea accesului universal la serviciile de bază. Această lipsă de fundamentare afectează principiul securității juridice și al previzibilității normei, consacrat de art. 1 alin. (5) din Constituție.

Mai mult, orientarea masivă a finanțării spre plata pe serviciu medical poate stimula supra-prescrierea și supra-tratarea, ceea ce contravine obligației statului prevăzute de art. 135 alin. (2) lit. f) din Constituție de a asigura un mediu

9

concurențial loial și utilizarea rațională a resurselor. În loc să conducă la eficiență, noul mecanism poate genera o risipă de fonduri publice și un dezechilibru în sistem.

În fine, prin stabilirea rigidă, direct în lege, a procentelor de finanțare, se restrânge marja de apreciere a CNAS și a contractului-cadru de a adapta anual politica de finanțare la realitățile medicale și demografice. Această rigidizare excesivă afectează principiul descentralizării și al autonomiei instituțiilor publice consacrat de art. 120 alin. (1) din Constituție, precum și autonomia profesiilor medicale, care ar trebui să fie protejată de stat în spiritul art. 32 alin. (1) din Legea nr. 95/2006.

G. Critici de neconstituționalitate privind art. I pct. 24 din Lege

Noua reglementare de la art. 381 alin. (4) limitează explicit posibilitatea de a acorda și deconta în sistemul de asigurări sociale de sănătate doar serviciile, recomandările și prescripțiile incluse în pachetele de servicii prevăzute de contractul-cadru, respectiv medicamentele enumerate la art. 241 alin. (1).

Această modificare ridică mai multe probleme de constituționalitate.

În primul rând, aceasta reprezintă o restrângere a libertății profesionale a medicului, consacrată de art. 381 alin. (3) din aceeași lege, potrivit căruia prescripțiile și recomandările trebuie să se facă în mod autonom, pe baza dovezilor științifice și a eticii profesionale. **Limitarea autonomiei medicului exclusiv la lista serviciilor și medicamentelor din contractul-cadru contravine art. 34 alin. (1) din Constituție, care garantează dreptul la ocrotirea sănătății**, întrucât pacienții pot fi privați de acces la tratamente și dispozitive medicale moderne, inovative, dar neincluse încă în pachetul standard.

În al doilea rând, această restricție generează o discriminare între pacienți, în funcție de natura afecțiunilor de care suferă. Cei care au nevoie de tratamente sau dispozitive inovative, dar neincluse în pachetele de servicii, sunt dezavantajați față de alți pacienți care beneficiază de tratamente incluse. Această situație contravine art. 16 alin. (1) din Constituție privind egalitatea în drepturi, întrucât diferența de tratament nu este justificată de criterii obiective, ci de ritmul birocratic al actualizării contractului-cadru.

De asemenea, norma suferă din perspectiva previzibilității și clarității, consacrate de art. 1 alin. (5) din Constituție. Formularea „numai serviciile prevăzute în contractul-cadru” lasă neclar dacă statul mai are obligația să asigure mecanisme tranzitorii pentru pacienții aflați în tratament cu medicamente sau dispozitive care devin indisponibile prin modificarea pachetului de servicii. Lipsa unor garanții de continuitate terapeutică afectează securitatea juridică și stabilitatea tratamentului pacienților.

Nu în ultimul rând, restrângerea accesului pacienților la servicii sau medicamente care nu figurează în contractul-cadru reprezintă o ingerință disproporționată în exercițiul dreptului la ocrotirea sănătății (art. 34 din Constituție). Constituția permite limitarea exercițiului unor drepturi numai în condițiile art. 53, respectiv dacă restrângerea este proporțională, justificată printr-un scop legitim și aplicată nediscriminatoriu. Or, în lipsa unei justificări și a unor mecanisme compensatorii (precum programele de acces la tratamente inovative), această limitare nu trece testul proporționalității.

H. Critici de neconstituționalitate privind art. II pct. 1 din Lege

Modificarea articolului IV din OUG nr. 44/2022 schimbă fundamental regimul de decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi. Dacă în forma actuală legea prevede că toate aceste servicii se decontează la nivelul realizat, prin suplimentarea sumelor contractate, noua reglementare restrânge decontarea integrală doar la anumite categorii de pacienți – cei înscriși în programe

naționale de sănătate, pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA, persoanele cu afecțiuni oncologice și cele investigate pentru suspiciuni oncologice. Pentru toate celelalte categorii, decontarea se face strict în limita contractată inițial.

Această modificare ridică serioase probleme de constituționalitate. În primul rând, ea creează un regim discriminatoriu între pacienți aflați în situații similare din perspectiva dreptului la ocrotirea sănătății. Pacienții care suferă de alte boli cronice sau acute, la fel de grave, nu mai beneficiază de decontarea integrală a spitalizării de zi, fiind dezavantajați în raport cu pacienții incluși în categoriile expres menționate. **Această diferență de tratament, nejustificată obiectiv și rezonabil, contravine art. 16 alin. (1) din Constituție privind egalitatea în drepturi.**

În al doilea rând, prin limitarea decontării la nivelul contractat pentru majoritatea pacienților, legea afectează dreptul la ocrotirea sănătății garantat de art. 34 alin. (1) și (2) din Constituție. Statul are obligația pozitivă de a asigura organizarea și funcționarea sistemului de sănătate astfel încât fiecare persoană să aibă acces efectiv la îngrijiri medicale, nu de a restrânge prin lege accesul la decontarea integrală a unor servicii medicale necesare.

Mai mult, această restricție nu este fundamentată printr-o analiză de impact sau prin justificări clare în expunerea de motive. Argumentul general al „eficientizării cheltuielilor” nu explică de ce doar anumite afecțiuni sunt exceptate și de ce pacienții cu alte boli grave ar trebui să suporte consecințele unei finanțări limitate. Lipsa unei fundamentări obiective contravine principiului securității juridice și previzibilității normei, consacrat de art. 1 alin. (5) din Constituție.

În fine, prin limitarea strictă a decontării la nivelul contractat pentru pacienții din afara listelor de la alin. (1), se creează riscul ca unitățile sanitare să refuze internările de zi din motive bugetare, chiar și atunci când acestea sunt medical justificate. O astfel de consecință echivalează cu o restrângere disproporționată a dreptului la ocrotirea sănătății, care nu respectă condițiile impuse de art. 53 din Constituție privind limitarea exercițiului drepturilor fundamentale.

În concluzie, modificarea articolului IV contravine art. 16 alin. (1), art. 34 și art. 1 alin. (5) din Constituție, iar prin efectele sale practice aduce atingere directă accesului egal și efectiv la serviciile medicale.

I. Critici de neconstituționalitate privind art. II pct. 3 din Lege

Modificarea adusă art. IX din OUG nr. 44/2022 introduce două noi alineate, prin care **regimul juridic al investigațiilor paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară este restrâns și plafonat.** În timp ce forma actuală a legii prevede suplimentarea sumelor contractate pentru toate investigațiile necesare monitorizării pacienților cu boli oncologice, diabet, boli cardiovasculare, cerebrovasculare, neurologice, afecțiuni rare și boli renale, noua reglementare prevede, la alin. (4), suplimentarea doar pentru anumite afecțiuni (se exclud bolile oncologice) și, la alin. (5), introduce o limitare strictă: pentru fiecare pacient diagnosticat cu una dintre aceste boli cronice, se va deconta o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară pe an.

Această modificare ridică mai multe critici de neconstituționalitate.

În primul rând, **limitarea la o singură investigație anuală pentru pacienții cu boli cronice contravine art. 34 alin. (1) și (2) din Constituție, care garantează dreptul la ocrotirea sănătății și obligă statul să asigure accesul la servicii medicale corespunzătoare.** Pentru afecțiuni precum diabetul, bolile cardiovasculare sau cele neurologice, monitorizarea prin investigații imagistice și de medicină nucleară este adesea necesară de mai multe ori pe an, în funcție de stadiul bolii și de recomandarea medicului. O astfel de limitare administrativă, fără fundament medical, restrânge dreptul pacientului la îngrijiri adecvate.

În al doilea rând, prin excluderea expresă a bolilor oncologice de la suplimentarea sumelor contractate pentru investigațiile de înaltă performanță, noua normă creează o discriminare între pacienți aflați în situații similare de vulnerabilitate. Pacienții oncologici beneficiază în prezent de un regim de finanțare suplimentar, dar prin modificarea introdusă se generează confuzie și riscul ca aceste servicii să nu mai fie finanțate corespunzător, ceea ce contravine art. 16 alin. (1) din Constituție privind egalitatea în drepturi.

Totodată, limitarea la o singură investigație anuală nu respectă principiul proporționalității prevăzut de art. 53 din Constituție. Restrângerea accesului la servicii medicale poate fi admisă doar dacă este justificată printr-un scop legitim, aplicată nediscriminatoriu și proporțională cu obiectivul urmărit. În acest caz, rațiunea bugetară nu poate prevala asupra necesității medicale, iar lipsa unor criterii medicale flexibile face ca restrângerea să fie disproportională și neconstituțională.

De asemenea, modificarea nu respectă cerințele de claritate și previzibilitate a legii, consacrate de art. 1 alin. (5) din Constituție. Textul nu explică ce se întâmplă în cazul pacienților care, din motive medicale, au nevoie de mai multe investigații de înaltă performanță într-un an. Ambiguitatea poate conduce la interpretări diferite și la refuzul unor servicii vitale pentru pacienți.

În concluzie, introducerea alin. (4) și (5) la art. IX aduce atingere dreptului la ocrotirea sănătății (art. 34), principiului egalității (art. 16), principiului securității juridice (art. 1 alin. 5) și nu respectă condițiile constituționale ale restrângerii exercițiului drepturilor fundamentale (art. 53).

V. Concluzii

„Statul de drept nu poate constitui o realitate atâta vreme cât prin Constituție se consacră absolutismul unuia dintre organele statului, fie acesta legislativ sau executiv. De aceea, statul de drept presupune existența unei așezări politice bazate pe separația puterilor statului, adică pe un sistem de «frâne și contragreutăți» capabil să împiedice organele publice să abuzeze de atribuțiile cu care au fost învestite.”⁴

Analiza Legii adoptate prin angajarea răspunderii Guvernului relevă un ansamblu de încălcări constituționale de o gravitate excepțională care subminează în mod sistemic principiile fundamentale ale statului de drept și democrației parlamentare. Aceste încălcări nu sunt accidentale sau izolate, ci reflectă o strategie deliberată de eludare a controlului parlamentar și de concentrare abuzivă a puterii legislative în mâinile executivului.

Invocarea urgenței pentru justificarea acestei proceduri excepționale constituie o manifestare cinică de ipocrizie instituțională. Problemele din sistemul de sănătate datează de o perioadă foarte mare de timp, iar guvernele succesive au avut la dispoziție ani întregi pentru a adopta măsurile necesare prin procedurile normale. Crearea artificială a urgenței prin propria inacțiune, urmată de invocarea acestei urgențe manufacturate pentru justificarea procedurii excepționale, reprezintă o pervertire a logicii constituționale și o încălcare a principiului bunei credințe în relațiile instituționale.

Ampluarea și gravitatea încălcărilor constituționale impun o intervenție fermă și rapidă a Curții Constituționale pentru a proteja ordinea constituțională democratică a României.

Curtea Constituțională are obligația de a constata neconstituționalitatea în integralitate a acestui proiect și de a trimite un

⁴ T. Drăganu, în Constanța Călinoiu, Viktor Duculescu, *Drept constituțional comparat*, Lumina Tex, București, 2007, p. 62, în alți termeni: „responsabilitate orizontală” în cadrul unui regim democratic – a se vedea și Guillermo O'Donnell, *Horizontal Accountability in New Democracies*, în Andreas Schedler, Larry Diamond, Marc F. Plattner, *The Self-Restraining State. Power and Accountability in New Democracies*, Boulder, Colorado, Lynne Rienner Publishers, Inc. and The National Endowment for Democracy, 1999, p. 39.

mesaj clar că ordinea constituțională democratică a României nu poate fi subminată prin artificii legislative, indiferent de majoritatea politică care le promovează.

Protejarea Constituției în fața acestui atac sistematic nu constituie doar o obligație juridică, ci un imperativ democratic care poate determina soarta viitoare a României ca stat de drept european. Curtea Constituțională are oportunitatea istorică de a apăra democrația românească în unul dintre momentele sale cele mai critice de după 1989.

Pe cale de consecință, vă solicităm să constatați neconstituționalitatea Legii pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr.243/2025), în ansamblul său, precum și a articolelor menționate în cuprinsul obiecției de neconstituționalitate.

Lider al Grupului
parlamentar S.O.S.România

Lider al Grupului
parlamentar AUR

Lider al Grupului
parlamentar POT

GOIDESCU IONEL

ENACHE MIHAI ADRIAN

GAVRILĂ ANAMARIA

DOMNULUI PREȘEDINTE AL CURȚII CONSTITUȚIONALE A ROMÂNIEI

Tabel de susținători pentru obiecția de neconstituționalitate referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății care a făcut obiectul angajării Guvernului în ședința Camerelor reunite ale Parlamentului din data de 1 septembrie 2025 (L210/2025; PL-x 243/2025)

Nr.crt	Deputați/Senatori	Grupul parlamentar	Semnătura
1	GOLTESCU IOAN	S.O.S. RO	
2	VEDINAS VERGINIA	S.O.S. RO	
3	LAGY VASILE	S.O.S. RO	
4	TOADER ELENA-LAURA	S.O.S. RO	
5	MACOVEI NICOLAE	S.O.S. RO	
6	PASCALU MIMI	S.O.S. RO	
7	LĂȚĂROI IOAN	S.O.S. RO	
8	CARAGATA FIORIN	S.O.S. RO	
9	OLTENASU SORIN	S.O.S. RO	
10	TIU MIHAIL-ADRIAN	S.O.S. RO	
11	IONESCU TUDOR	S.O.S. RO	
12	CÎMPIANU ANDREEA-PEIRONELA	S.O.S. RO	
13	VIOARA VLAD-ANDREI	S.O.S. RO	
14	CONSTANTINESCU ANDRA CLAUDIA	S.O.S. RO	
15	BAS ANA-MARCELA	S.O.S. RO	
16	ION NICOLAE MIHAIL	S.O.S. RO	

Nr.	Numele și prenumele	Grupul parlamentar	Semnătura
1	ȘERBAN GIANINA	AUR	
2	Hegrea Petru	AUR	
3	COLEA ILIE-ALIN	AUR	
4	PASCARIU MIHAI - COSMIN	AUR	
5	Valpou Dorel	AUR	
6	LOVIN RANONA	AUR	
7	BUTURA CRISTINA - IRINA	AUR	
8	MILIU SAMUEL - VIRGIL	AUR	
9	NEGUESCU MIHAI-BOGDAN	AUR	
10	MIMDORESCU MIC	AUR	
11	DASCĂLU CRISTINA EMANUELA	AUR	
12	ENACHE DIANA	AUR	
13	PAU FABIAN - CRISTIAN	AUR	
14	BALEA NEU VALENTIN	AUR	

Nr.	Numele și prenumele	Grupul parlamentar	Semnătura
15	EROSU VERONICA	AUR	
16	AVRĂMESCULESCU ȘTEFĂNIA ADINA	AUR	
17	GHERASIU LAURA	AUR	
18	MEANU DIMITRI	AUR	
19	LEONICA IACAR	AUR	
20	MURAD MOHAMMED	AUR	
21	GURU ALICE ELENA	AUR	
22	TITUS PAUNESCU	AUR	
23	BARSAN TIBERTIU CRISTIAN	AUR	
24	ELIACHE MIHAEL ADRIAN	AUR	

Tabel de susținători pentru obiecția de neconstituționalitate referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025)

[illegible]

Tabel de susținători pentru obiecția de neconstituționalitate referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025)

[illegible]

Tabel de susținători pentru obiecția de neconstituționalitate referitoare la Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății (PL-x nr. 243/2025)



PARLAMENTUL ROMÂNIEI

CAMERA DEPUTAȚILOR

SENATUL

L E G E

**pentru modificarea și completarea unor acte normative și
pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății**

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Art. I. – Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 75, alineatele (2) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Cabinetele de medicină de familie pot deschide cel mult două puncte secundare de lucru dacă solicitantul asigură un program fracționat de minimum 5 ore pe săptămână în norma lui de bază sau peste norma lui de bază. Punctele de lucru pot obține, la cerere, statutul de utilitate publică.

.....

(8) Prevederile alin. (2)-(7) sunt aplicabile și cabinetelor medicale cu personalitate juridică, care desfășoară activitate în conformitate cu art. 1 alin. (5) din Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea, într-o formă legală, un singur medic.”

2. La articolul 92, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Funcțiile de medic-șef UPU, medic-șef UPU - SMURD sau medic șef CPU pot fi ocupate de medici cu o vechime de cel puțin 5 ani în specialitate, indiferent de statutul de cadru didactic al acestora.”

3. După articolul 140²⁰ se introduce un nou articol, art. 140²¹, cu următorul cuprins:

„Art. 140²¹. – Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se decontează serviciile medicale de spitalizare de zi, consultațiile, procedurile diagnostice și terapeutice furnizate de medici specialiști și investigațiile paraclinice din pachetele de servicii medicale reglementate prin contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia acordate prin asistența medicală mobilă de către spitalele care se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.”

4. La articolul 165, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1¹) Personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologic sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate beneficiază de integrare clinică în unitățile și instituțiile din subordinea, coordonarea sau sub autoritatea Ministerului Sănătății, în unitățile medicale din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, în unitățile și instituțiile medicale din subordinea autorităților administrației publice locale, în spitalele și ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituțiilor de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologic sau farmacie, precum și în spitale și cabinete private.

De aceleași prevederi beneficiază și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, pe perioada cât au această calitate. În cadrul unităților și instituțiilor publice, posturile destinate integrării clinice se ocupă prin concurs sau examen, după caz. Metodologia de ocupare a posturilor prin integrare clinică se aprobă prin ordin al ministrului sănătății. Unitățile sanitare publice au obligația asigurării normelor de integrare clinică, în limita posturilor normate, vacante, existente în statele de funcții ale acestora.”

5. La articolul 170, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) Unitățile sanitare cu paturi prevăzute la alin. (1) pot fi încadrate în categoria spitalelor de importanță strategică. Criteriile de încadrare în categoria spitalelor de importanță strategică, precum și lista acestora se aprobă prin hotărâre a Guvernului.”

6. La articolul 172, după alineatul (7) se introduce un nou alineat, alin. (7¹), cu următorul cuprins:

„(7¹) Condițiile pentru înființarea și organizarea secțiilor spitalului public se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății.”

7. La articolul 172², alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Art. 172². - (1) Spitalele se pot asocia între ele sau cu alte instituții de învățământ medical superior acreditate, precum și cu alte instituții medicale acreditate, indiferent de localizarea geografică, în vederea constituirii unor consorții medicale cu personalitate juridică, conform dispozițiilor prevăzute la art. 187-204 din Legea nr. 287/2009, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în scopul derulării în comun de activități medicale, cercetare științifică, investiții în infrastructură, achiziții de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, precum și alte activități specifice unităților sanitare respective.”

8. La articolul 176, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Managerul, persoană fizică sau juridică, încheie contract de management cu Ministerul Sănătății, ministerele sau instituțiile cu rețea sanitară proprie sau cu universitatea de medicină și farmacie, reprezentate de ministrul sănătății, conducătorul ministerului sau instituției, de rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, pe o perioadă de maximum 4 ani. Contractul de management poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. Evaluarea este efectuată pe baza indicatorilor de performanță asumați prin proiectul de management, care devine anexă la contractul de management și pe baza indicatorilor de performanță, stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. La propunerea conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, a primarului unității administrativ-teritoriale, a primarului general al municipiului București sau a președintelui consiliului județean sau a senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili, prin ordin al ministrului sănătății, și alți indicatori specifici pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie.”

9. La articolul 176, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alin. (4¹), cu următorul cuprins:

„(4¹) La încetarea mandatului, contractul de management poate fi prelungit pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a postului, respectiv licitație publică, după caz. Ministrul sănătății, ministrul de resort sau primarul unității administrativ-teritoriale, primarul general al municipiului București sau președintele consiliului județean ori rectorul universității de medicină și farmacie, după caz, numesc prin act administrativ un manager interimar până la ocuparea prin concurs a postului de manager, respectiv organizarea licitației publice, după caz.”

10. La articolul 176, alineatul (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(7) Modelul-cadru al contractului de management, care include cel puțin indicatorii de performanță a activității, programul de lucru și condițiile de desfășurare a activității de management, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, cu consultarea ministerelor, a instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și a structurilor asociative ale autorităților

administrației publice locale. Valorile optime ale indicatorilor de performanță ai activității spitalului se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății.”

11. La articolul 181, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs, potrivit alin. (2), încheie cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. La propunerea conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, a primarului unității administrativ-teritoriale, a primarului general al municipiului București sau a președintelui consiliului județean sau a senatului universității de medicină și farmacie, după caz se pot stabili, prin ordin al ministrului sănătății, și alți indicatori specifice pentru spitalele din rețeaua sanitară proprie. Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății.”

12. La articolul 185, alineatele (5), (7), (7¹) și (7²) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(5) La numirea în funcție, șefii de secție, de laborator și de serviciu medical vor încheia cu spitalul public, reprezentat de managerul acestuia, un contract de administrare cu o durată de 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Contractul de administrare poate fi prelungit la expirarea acestuia pe o perioadă de 3 luni, de maximum două ori, perioadă în care se organizează concursul de ocupare a funcției. Contractul de administrare poate înceta înainte de termen în urma evaluării anuale sau în cazurile prevăzute de lege. În cadrul evaluării anuale se analizează gradul de îndeplinire a indicatorilor de performanță stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. În cazul în care la numirea în funcție șeful de secție, de laborator sau de serviciu medical se află în stare de incompatibilitate

sau conflict de interese, acesta este obligat să înlăture motivele de incompatibilitate sau de conflict de interese în termen de maximum 30 de zile de la numirea în funcție. În caz contrar, contractul de administrare este reziliat de plin drept.

.....
 (7) În secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un personal didactic de predare prin concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

(7¹) Prin excepție de la prevederile alin. (7), în secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din spitalele aparținând rețelei sanitare a Ministerului Afacerilor Interne, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de personalul Ministerului Afacerilor Interne în activitate medic, prin concurs organizat conform prevederilor alin. (9).

(7²) Prin excepție de la prevederile alin. (7), în secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din spitalele aparținând rețelei sanitare a Ministerului Apărării Naționale, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru militar în activitate medic, prin concurs organizat conform prevederilor alin. (9).”

13. La articolul 185, după alineatul (7⁵) se introduce un nou alineat, alin. (7⁶), cu următorul cuprins:

(7⁶) Prin excepție de la prevederile alin. (7), în secțiile clinice, laboratoarele clinice și serviciile medicale clinice din unitățile medicale ale Serviciului Român de Informații, funcția de șef de secție, șef de laborator și șef de serviciu medical se ocupă de către un cadru militar în activitate prin concurs organizat conform prevederilor alin. (9).”

14. La articolul 187, alineatele (6) și (10) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(6) Membrii comitetului director participă la ședințele consiliului de administrație fără drept de vot.

.....
 (10) Atribuțiile principale ale consiliului de administrație sunt următoarele:

a) avizează bugetul de venituri și cheltuieli al spitalului, precum și situațiile financiare trimestriale și anuale;

b) stabilește, cu avizul ordonatorului principal de credite, tema proiectului de management, în concordanță cu nevoile unității sanitare;

c) organizează concurs pentru ocuparea funcției de manager în baza regulamentului aprobat prin ordin al ministrului sănătății, al ministrului de resort sau, după caz, prin act administrativ al primarului unității administrativ-teritoriale, al primarului general al municipiului București sau al președintelui consiliului județean, după caz;

d) aprobă măsurile pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației și documentele strategice aprobate de Ministerul Sănătății;

e) avizează programul anual al achizițiilor publice întocmit în condițiile legii și orice achiziție directă care depășește suma de 50.000 lei;

f) analizează modul de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și activitatea managerului și dispune măsuri pentru îmbunătățirea activității;

g) propune revocarea din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director în cazul în care constată existența situațiilor prevăzute la art. 178 alin. (1) și la art. 184 alin. (1);

h) poate propune realizarea unui audit extern asupra oricărei activități desfășurate în spital, stabilind tematica și obiectul auditului. Spitalul contractează serviciile auditorului extern în conformitate cu prevederile Legii nr. 98/2016 privind achizițiile publice, cu modificările și completările ulterioare;

i) aprobă propriul regulament de organizare și funcționare, în condițiile legii.”

15. Articolul 200¹ se abrogă.

16. La articolul 224, după alineatul (1⁵) se introduce un nou alineat, alin. (1⁶), cu următorul cuprins:

„(1⁶) Bolnavii înrolați în Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA, respectiv în Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei, care nu realizează venituri dintre cele prevăzute la art. 155 alin. (1) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, pentru care datorează contribuția de asigurări sociale de sănătate, beneficiază de

pachetul de servicii de bază prevăzut în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în normele de aplicare ale acestuia, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile medicale cuprinse în programele naționale de sănătate ai căror beneficiari sunt, până la vindecarea respectivei afecțiuni.”

17. La articolul 261, după alineatul (1³) se introduc două noi alineate, alin. (1⁴) și (1⁵), cu următorul cuprins:

„(1⁴) În asistența medicală primară, în anul 2026, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 25% pentru plata per capita și 75% pentru plata pe serviciu medical.

(1⁵) În asistența medicală primară, începând cu anul 2027, fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical se distribuie în proporție de 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu medical.”

18. La articolul 280, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

„(6) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, CNAS desfășoară activități de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond și este instituția abilitată pentru colectarea și prelucrarea datelor în vederea contractării și decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare, privind serviciile medicale spitalicești, furnizate asiguraților.”

19. La articolul 298, alineatul (1¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1¹) În cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câștigător niciun candidat, precum și în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul dintre cazurile prevăzute la alin. (6), președintele CNAS numește prin ordin un director general interimar până la ocuparea prin concurs a postului, dar nu mai mult de 6 luni și încheie un contract de management cu acesta în condițiile alin. (1) și cu respectarea prevederilor alin. (3⁴).”

20. La articolul 298, partea introductivă a alineatului (3⁴) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3⁴) În vederea ocupării prin concurs a funcției de director general, candidatul trebuie să aibă studii universitare absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă în domeniul fundamental Științe biologice și biomedicale - ramura de științe: medicină, medicină dentară și farmacie, științe sociale - ramura de științe: economice, juridice și administrație publică, să aibă cel puțin 5 ani vechime în specialitatea studiilor, cel puțin 2 ani activitate desfășurată în funcții de conducere și să îndeplinească una dintre următoarele condiții:”

21. Articolul 311 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 311. - (1) Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.

(2) În cazul în care se constată de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale, medicamentele sau dispozitivele medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării sau, după caz, eliberării acestora, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică sancțiunile cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, care se stabilesc prin contractul-cadru.”

22. Articolul 330 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 330. - (1) Perioada de valabilitate a cardului european este de 2 ani de la data emiterii.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), pentru unele categorii de asigurați, perioada de valabilitate a cardului european emis începând cu data de 1 octombrie 2025, este următoarea:

a) 10 ani de la emiterie, pentru persoanele fizice care au calitatea de pensionari și care au împlinit vârsta de 65 de ani;

b) de la emiterie și până la data corespunzătoare împlinirii vârstei de 18 ani, pentru copii.”

23. La articolul 381, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) În exercitarea profesiei și în limitele competenței sale, medicul are dreptul de a formula prescripții și recomandări medicale în mod autonom, întemeiate pe dovezi științifice, cu respectarea normelor legale, a protocoalelor terapeutice și ghidurilor de practică medicală, precum și a principiilor eticii și deontologiei profesionale. Acest drept se exercită având în vedere caracterul umanitar al profesiei, obligația de respect față de ființa umană și de loialitate față de pacient, fără ca medicului să îi fie impuse îngrădiri care nu sunt fundamentate pe considerente legale, medicale și etice care ar limita posibilitatea de a acționa în interesul medical al pacientului.”

24. La articolul 381, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

„(4) În sistemul de asigurări sociale de sănătate se pot acorda și deconta numai servicii medicale, recomandări pentru dispozitive medicale și prescripții medicale cuprinse în pachetele de servicii prevăzute în contractul-cadru, precum și medicamentele prevăzute la art. 241 alin. (1).”

25. După articolul 703 se introduce un nou articol, art. 703¹, cu următorul cuprins:

„Art. 703¹. - (1) Mecanismul prin care se asigură accesul controlat al pacienților la medicamentele recomandate, care nu sunt prevăzute la art. 241 alin. (1), precum și obligațiile medicului prescriptor prevăzute la alin. (2), se stabilesc prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România cu respectarea principiilor de eficacitate, sustenabilitate și responsabilitate partajată.

(2) Contravaloarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la alin. (1) se suportă în baza unui acord de partajare a costurilor încheiat între CNAS și deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor, direct sau prin reprezentanții legali ai acestora medicul prescriptor având obligația monitorizării pacientului, evaluării beneficiului terapeutic și raportării trimestriale a acestui rezultat.

(3) Asigurarea accesului la tratamentul cu medicamentele prevăzute la alin. (1) se realizează cu respectarea obligației de serviciu public prevăzută la art. 804.”

Art. II. – Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 373 din 14 aprilie 2022, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 378/2023, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Articolul IV se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. IV. – (1) Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane:

a) pacienți înscrși în Programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscrși în program;

b) pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA;

c) persoane asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică;

d) persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice, se decontează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, altele decât cele prevăzute la alin. (1), se realizează în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi.

(3) Modalitatea de stabilire a numărului de cazuri de spitalizare de zi ce pot fi realizate în concordanță cu programul de lucru declarat pentru furnizarea serviciilor medicale de spitalizare de zi în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate este prevăzută în Contractul-cadru.”

2. La articolul IX, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. IX. - (1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.”

3. La articolul IX, după alineatul (3) se introduc două noi alineate, alin. (4) și (5), cu următorul cuprins:

„(4) Pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

(5) Pentru fiecare persoană asigurată diagnosticată cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, se decontează, în cadrul monitorizării conform dispozițiilor alin. (4), o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceste persoane pot beneficia, pentru afecțiunea de bază sau pentru alte afecțiuni intercurrente, de investigații de înaltă performanță sau de medicină nucleară, în condițiile prevăzute în același pachet de servicii.”

Art. III. - (1) Medicii, cu excepția șefilor de secție, care acordă servicii medicale într-o secție/compartiment dintr-un spital public, acordă în cadrul programului de lucru și consultații în ambulatoriul integrat, conform programului stabilit de managerul spitalului, la propunerea șefului de secție pentru maxim o oră/zi în medie pe lună, raportat la un program de 35 de ore/săptămână. La calculul mediei lunare se au în vedere zilele lucrătoare, fiind exceptate zilele de concediu de odihnă și zilele de concediu medical. Pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital cu un program de lucru mai mic de 35 de ore/săptămână, programul

maxim pentru consultații în ambulatoriul integrat se reduce în mod corespunzător.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat de unitatea sanitară cu casa de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației medicului prevăzută la alin. (1), aceasta aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) începând cu a doua constatare, amendă în cuantum de 20.000 lei.

(3) Normele de aplicare a prevederilor alin. (1) se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a prezentei legi.

Art. IV. – Pentru furnizorii publici de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, începând cu anul 2026, se va aplica un coeficient de ajustare pozitivă la valoarea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate potrivit Capitolului V din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, față de furnizorii privați de servicii medicale paraclinice care acordă servicii medicale în aceleași condiții tehnice și de personal.

Art. V. – (1) Până la data de 31 decembrie 2028, casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu furnizorii privați de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă în limita procentului reprezentat de numărul de paturi contractate cu acești furnizori la data de 31 decembrie 2025 din totalul numărului de paturi contractabile, la nivelul fiecărui județ, respectiv al municipiului București.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică paturilor care intră sub incidența Planului național de paturi aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Art. VI. – (1) Prin derogare de la prevederile art. 311 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel cum a fost modificată și completată prin prezenta lege, pentru unitățile sanitare cu paturi, în situația în care se constată de către structurile de control ale Casei

Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate că pentru serviciile medicale raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu există documente justificative care să confirme realitatea acordării, se recuperează contravaloarea acestora și se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 5% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 6 luni și sesizarea Colegiului Medicilor din România, respectiv a colegiilor teritoriale, după caz, în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

b) la a doua constatare a abaterii se dispune recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor realizate și decontate de spital pentru secția/compartimentul la nivelul căreia s-a înregistrat abaterea, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații și, după caz, excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat abaterea din contractul cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de 36 luni și sesizarea Colegiul Medicilor din România în vederea aplicării sancțiunilor disciplinare prevăzute de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) În perioada în care medicul este exclus din contractul încheiat de unitatea sanitară spitalicească cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute la alin. (1), acesta nu poate desfășura activitate sub incidența unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la niciun furnizor de servicii medicale.

(3) Furnizorii de servicii medicale spitalicești au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative și actele de evidență financiar-contabilă privind sumele decontate din Fondul național de asigurări sociale de sănătate, precum și documentele justificative din care să rezulte corelația între tipul și cantitatea de medicamente și reactivii achiziționați și toate tratamentele și analizele efectuate pe perioada controlată, atât a celor care se regăsesc în

contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cât și în afara relației contractuale.

(4) Refuzul furnizorului de servicii medicale spitalicești de a pune la dispoziția organelor de control documentele prevăzute la alin. (3) se sancționează prin aplicarea unui procent de 20% din valoarea de contract pentru asistența medicală spitalicească aferentă perioadei controlate, situație în care nu sunt aplicabile prevederile art. 313 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(5) În situația în care organele de control sesizează neconcordanțe între medicamentele achiziționate și tratamentele acordate, între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi-consumabile achiziționate conform facturilor și utilizate în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, se vor sesiza instituțiile abilitate de lege.

Art. VII. – Articolul XXXII din Legea nr. 141/2025 privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, cu modificările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. XXXII. - (1) În anul 2026, valorile garantate ale punctelor pentru acordarea serviciilor medicale în asistență medicală primară și, respectiv, suma orientativă/medic specialist în asistență medicală stomatologică se mențin la nivelul valabil în trimestrul IV al anului 2025.

(2) Începând cu data de 1 ianuarie 2026, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistență medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice este de 6,5 lei.

(3) Începând cu data de 1 ianuarie 2027, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical în asistență medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice este de 8 lei.

(4) Pentru anul 2026, contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se elaborează cu respectarea prevederilor alin. (1) și (2).”

Art. VIII. – După articolul 18 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 26 septembrie

2011, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, se introduce un nou articol, art. 19, cu următorul cuprins:

„Art. 19 – (1) Începând cu trimestrul IV al anului 2025 și până în trimestrul IV al anului 2026 inclusiv, deținătorii de autorizații de punere pe piață a medicamentelor prevăzuți la art. 1 și art. 12 alin.(3), cu excepția deținătorilor autorizațiilor de punere pe piață pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat datorează o contribuție trimestrială temporară de solidaritate, asimilată obligației fiscale, care se calculează prin aplicarea:

a) procentului de 1,7% asupra valorii consumului centralizat aferent medicamentelor prevăzute la art. 3⁸ alin. (2) lit. a), comunicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (7¹), după scăderea T.V.A.;

b) procentului de 1,7% asupra valorii consumului trimestrial prevăzut la art. 12 alin (10);

c) procentului de 0,6% asupra valorii consumului centralizat aferent medicamentelor prevăzute la art. 3⁸ alin. (2) lit. b), comunicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (7¹), după scăderea T.V.A..

(2) Prevederile referitoare la administrarea, stabilirea , calculul, declararea și plata contribuțiilor trimestriale prevăzute de prezenta lege se aplică și pentru contribuția reglementată la alin. (1).”

Art. IX. (1) În termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, ministrul sănătății va aproba ordinele prevăzute la art. I, punctele 4, 6, 8, 10-12, care se vor publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(2) În termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Guvernul va aproba hotărârile prevăzute la art. I pct. 5 și 25 care se vor publica în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. X. (1) Pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 280 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, la data de 1 ianuarie 2027, activitățile de analiză și monitorizare a serviciilor de sănătate decontate din fond realizate la nivelul Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate vor fi preluate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(2) Dispozițiile art. 696 din Legea nr. 95/2006, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă la data de 1 ianuarie 2027.

Art. XI. – (1) În vederea asigurării unei repartizări echitabile, eficiente, în limita fondurilor aprobate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate cu această destinație, precum și corelate cu nevoile și performanțele unităților sanitare, se elaborează o metodologie unitară pentru sumele reprezentând influențele financiare determinate de creșterile salariale și de celelalte drepturi acordate personalului încadrat în unitățile sanitare publice, precum și în cele care au ca asociat unic unitățile administrativ-teritoriale și care se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, de la o poziție distinctă, respectiv titlul VI „Transferuri între unități ale administrației publice”. Metodologia va ține cont cel puțin de următorii indicatori:

a) ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalului;

b) ponderea influențelor financiare în totalul veniturilor spitalului provenite din contractul cu casa de asigurări de sănătate;

c) ponderea influențelor financiare în totalul cheltuielilor salariale ale spitalului;

d) indicatori obiectivi de activitate și performanță medicală, precum volumul și complexitatea serviciilor medicale, gradul de utilizare a capacității spitalului, eficiența utilizării resurselor sau, după caz, alte criterii relevante;

e) raportarea sumelor alocate la disponibilitățile financiare ale Fondului și prioritățile strategice stabilite pentru finanțarea sistemului sanitar.

(2) Metodologia unitară prevăzută la alin. (1) va include, după caz, mecanisme specifice pentru unitățile sanitare publice care, prin natura specializării, complexitatea cazurilor tratate sau rolul strategic la nivel local, județean, regional ori național, se află într-o situație particulară ce justifică aplicarea unor criterii de alocare a fondurilor prin raportare la complexitatea și diversitatea activității unității sanitare, inclusiv programe naționale de sănătate, în vederea asigurării unei finanțări corespunzătoare

corelate cu nevoia de servicii a asiguraților și gradul de adresabilitate al acestora.

(3) Indicatorii utilizați în metodologie vor fi determinați pe baza datelor raportate lunar/trimestrial de unitățile sanitare.

(4) Metodologia unitară prevăzută la alin. (1) va fi adoptată prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de cel mult 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi.

Art. XII. – (1) Dispozițiile art. I pct. 16, 19 și 20, art. II -IV și art. VI intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026 iar dispozițiile art. I pct. 1 și 3 intră în vigoare la data de 1 octombrie 2025.

(2) Prevederile art. I pct. 8 și 12 intră în vigoare la 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi.

(3) Concursurile pentru ocuparea funcției de manager, de șef de secție, de laborator și de serviciu medical din spitale, organizate anterior intrării în vigoare a prevederilor art. I pct. 8 și 12, se finalizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării acestora, iar contractul de management, respectiv de administrare se încheie cu respectarea prevederilor legale în vigoare la data demarării concursului.

(4) Evaluarea anuală a persoanelor care au încheiat contractele de management și de administrare, anterior intrării în vigoare a art. I pct. 8 și 12, se realizează conform prevederilor legale în vigoare la data demarării concursurilor.

Această lege a fost adoptată în temeiul prevederilor art. 114 alin. (3) din Constituția României, republicată, în urma angajării răspunderii Guvernului în fața Camerei Deputaților și a Senatului, în ședința comună din data de 1 septembrie 2025.

**PREȘEDINTELE
CAMEREI DEPUTAȚILOR**

**PREȘEDINTELE
SENATULUI**

SORIN-MIHAI GRINDEANU

MIRCEA ABRUDEAN

București,
Nr.