

DECIZIA nr. 414 din 8 octombrie 2025

referitoare la obiecția de neconstituționalitate a Legii pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, în ansamblul său, precum și a dispozițiilor art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din lege

EMITENT: Curtea Constituțională
PUBLICAT ÎN: Monitorul Oficial nr. 957 din 16 octombrie 2025

Data intrării în vigoare: 16 Octombrie 2025

Forma consolidată valabilă la data de 20 Octombrie 2025

Prezenta formă consolidată este valabilă începând cu data de 16 Octombrie 2025 până la 20 Octombrie 2025

Elena-Simina Tănăsescu	- președinte
Asztalos Csaba-Ferenc	- judecător
Mihai Busuioc	- judecător
Mihaela Ciochină	- judecător
Cristian Deliorga	- judecător
Dacian Dragoș	- judecător
Dimitrie-Bogdan Licu	- judecător
Laura-Iuliana Scânteii	- judecător
Gheorghe Stan	- judecător
Benke Károly	- prim-magistrat-asistent
Claudia-Margareta Krupenschi	- magistrat-asistent-șef

1. Pe rol se află soluționarea obiecției de neconstituționalitate a Legii pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, în ansamblul său, precum și a dispozițiilor art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din lege, obiecție formulată de un număr de 28 de senatori aparținând Grupului parlamentar al Alianței pentru Unirea Românilor.
2. Obiecția de neconstituționalitate a fost înregistrată la Curtea Constituțională cu nr. 10.962 din 8.09.2025 și constituie obiectul Dosarului nr. 4.027A/2025.
3. Pe rolul Curții Constituționale se află și obiecția de neconstituționalitate a Legii pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, în ansamblul său, precum și a dispozițiilor art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din lege, obiecție formulată de un număr de 54 de deputați aparținând grupurilor parlamentare ale S.O.S. România, Alianței pentru Unirea Românilor și Partidului Oamenilor Tineri.
4. Obiecția de neconstituționalitate a fost înregistrată la Curtea Constituțională cu nr. 11.007 din 9.09.2025 și constituie obiectul Dosarului nr. 4.055A/2025.
5. În motivarea obiecțiilor de neconstituționalitate, care au un conținut identic, se arată, în prealabil, că sunt îndeplinite condițiile de admisibilitate stabilite de [art. 146 lit. a\) din Constituție](#) și de [art. 15 alin. \(2\) din Legea nr. 47/1992](#), iar pe fond sunt formulate deopotrivă critici de neconstituționalitate extrinsecă și de neconstituționalitate intrinsecă.
6. Sub aspectul criticilor de neconstituționalitate extrinsecă, autorii sesizărilor susțin că legea supusă controlului, asupra căreia Guvernul și-a angajat răspunderea, reglementează mai multe domenii care nu au legătură între ele sau nu sunt caracterizate prin scop unic sau un interes general unic (lipsa unicității de reglementare), fiind astfel încălcate dispozițiile [art. 1 alin. \(3\)-\(5\)](#), [art. 61](#) și ale [art. 114 din Constituție](#).
7. Legea adoptată prin angajarea răspunderii Guvernului modifică și completează 4 acte normative cu putere de lege, conținând, totodată, și norme noi sau derogatorii, care nu sunt incluse în legile de bază (în acest sens, art. III-VI din lege). Or, în jurisprudența sa, Curtea Constituțională a stabilit că o lege poate avea și un caracter complex și poate să reglementeze în mai multe domenii, cu condiția existenței unei legături între ele ori a unui scop sau interes general unic ([Decizia nr. 298 din 2006](#)). Procedura angajării răspunderii Guvernului nu poate viza decât un singur proiect de lege, iar Curtea Constituțională a constatat încălcarea [art. 114 alin. \(1\) din Constituție](#) în cazul în care Guvernul, apelând la această procedură, a respectat doar formal acest text fundamental, întrucât a promovat un proiect de lege, dar care viza în realitate peste 20 de acte normative modificate/completate/prorogate, eludând astfel atât litera, cât și scopul normei constituționale menționate ([Decizia nr. 61 din 2020](#)).
8. Principiul unicității de reglementare este statuat în [art. 14 alin. \(2\) din Legea nr. 24/2000](#) privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, astfel că legea

criticată doar contravenind [art. 114 din Constituție](#), ci și [art. 1 alin. \(3\)-\(5\)](#) din aceasta.

9. Se afirmă că, din 1991 și până în prezent, Guvernul a abuzat de procedura angajării răspunderii, Constituția referindu-se în mod clar la un proiect de lege, o declarație de politică generală sau un program de guvernare. Așa cum nu poate fi vorba de două sau mai multe programe de guvernare, nu se poate accepta nici situația a două sau mai multe proiecte de legi, aceasta fiind interpretarea logico-sistematică a textului constituțional. Cu toate acestea, Curtea Constituțională a admis că poate fi vorba despre mai multe proiecte de lege, cu condiția să existe legătură între acestea, născându-se astfel teoria „legilor complexe”, care a permis Guvernului să își poată angaja răspunderea asupra unui „pachet de legi”, exemplificativ în acest sens fiind procedura de adoptare a [Legii nr. 247/2005](#) privind reforma în domeniile proprietății și justiției, precum și unele măsuri adiacente. În prezent s-a ajuns ca Guvernul, în aceeași zi, să își asume răspunderea în mod succesiv asupra a cinci proiecte de legi, între care și cea criticată în prezenta cauză, cu scopul nelegitim de a elimina astfel riscul invalidării la Curtea Constituțională a unui singur pachet care să încorporeze cele cinci proiecte legislative care modifică numeroase legi. În acest mod Guvernul se subrogă Parlamentului, infirmând rolul acestuia de unică autoritate legiuitoare, consfințit de [art. 61 din Constituție](#).

10. În sensul celor de mai sus, autorii obiecției de neconstituționalitate susțin că au sesizat Comisia de la Veneția și GRECO și solicită Curții Constituționale consultarea cu aceste organisme europene.

11. Legea criticată încalcă [art. 114 din Constituție](#) din perspectiva condițiilor în care Guvernul își poate angaja răspunderea asupra unui proiect de lege, condiții stabilite pe cale jurisprudențială de Curtea Constituțională și care reflectă limite impuse Guvernului în privința adoptării unui proiect de lege prin procedura angajării răspunderii ([deciziile nr. 1.557 din 2009](#), [nr. 1.431 din 2010](#), [nr. 28 din 2020](#), [nr. 1.655 din 2010](#), [nr. 29 din 2020](#)). Interpretând prevederile normei constituționale antemenționate, instanța de contencios constituțional a stabilit o serie de condiții cumulative pentru ca Guvernul să își poată angaja răspunderea, și anume: 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.

12. Potrivit jurisprudenței în materie a Curții Constituționale, procedura angajării răspunderii Guvernului în fața Parlamentului este o modalitate simplificată de legiferare la care trebuie să se ajungă în extremis, când adoptarea unui proiect de lege nu se mai poate face prin procedura parlamentară obișnuită sau de urgență sau când structura politică a Parlamentului nu permite adoptarea proiectului de lege în condiții uzuale sau de urgență. Or, Guvernul actual a primit votul de încredere al Parlamentului în urmă cu peste două luni și se bucură de o majoritate confortabilă, astfel că nu se află în situația extremă de a-și angaja răspunderea, apelând în mod abuziv la această procedură, fiind suficient ca Guvernul să promoveze un proiect de lege în procedură de urgență. Față de invocarea de către Guvern a situației grave în care se găsește bugetul național, se arată că doar organul suprem reprezentativ al poporului român, care este Parlamentul, și nu Guvernul, are legitimitatea constituțională de a interveni.

13. În concluzie, Guvernul nu avea deschisă posibilitatea constituțională de a modifica mai multe acte normative din domeniul sănătății și nu numai pe calea angajării răspunderii, nefiind îndeplinite condițiile mai sus menționate, stabilite pe calea jurisprudenței constituționale.

14. Astfel, nu a fost respectată prima condiție, întrucât nu exista o urgență în adoptarea măsurilor astfel promovate. Deși, potrivit expunerii de motive ce însoțește proiectul de lege, aceste măsuri aveau termen de implementare și erau incluse în Planul de măsuri de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale, elaborat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ele nu au caracter de noutate sau de imprevizibilitate și nici nu au fost tratate în precedent ca reprezentând urgențe, astfel că nu apare vreun motiv pentru care ar fi în prezent abordate în această modalitate. Mai mult, efectele generate de o parte din măsurile preconizate de actul normativ criticat se vor produce abia începând cu anii 2026, 2027 sau chiar 2028, ceea ce evidențiază lipsa urgenței de legiferare pe fondul lipsei unei urgențe reale, cuantificabile și imediate. Or, rațiunea instituirii prin [art. 114 din Constituție](#) a instituției angajării răspunderii este tocmai aceea de creare a unui instrument excepțional destinat unor situații de criză legislativă, ce nu suportă amânare.

15. Guvernul nu a respectat nici a doua condiție, conform căreia reglementarea în cauză trebuie să fie adoptată cu maximă celeritate, în condițiile în care actualul Guvern este constituit din reprezentanți ai partidelor care formează majoritatea parlamentară, angajarea răspunderii nefiind deci oportună.

16. A treia condiție, care vizează importanța domeniului supus legiferării pe calea procedurii statuate prin [art. 114 din Constituție](#), nu se poate considera ca fiind îndeplinită deoarece, deși domeniul sănătății este unul de importanță majoră, modificările aduse acestuia prin actul normativ criticat nu privesc aspecte vitale și imediate, ci se referă în mare parte la chestiuni/măsuri tehnico-administrative, cu termene de implementare îndepărtate. În plus, Guvernului nu îi este permisă utilizarea procedurii prevăzute de [art. 114 din Constituție](#) dacă în acel domeniu de legiferare s-au succedat reglementări adoptate succesiv în Parlament. Ilustrative în acest sens sunt toate legile adoptate de Parlament în perioada 2022-2025 pentru modificarea [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății (de exemplu, [legile nr. 58/2022](#), [nr. 133/2022](#), [nr. 198/2022](#), [nr. 28/2023](#), [nr. 269/2023](#), [nr. 205/2024](#), [nr. 309/2024](#), [nr. 33/2025](#), [nr. 100/2025](#), [nr. 141/2025](#) etc.), aceste intervenții legislative demonstrând preocuparea permanentă a Parlamentului în această materie și excluzând orice argument privind necesitatea excepțională a asumării răspunderii de către Guvern (în acest sens relevante sunt deciziile Curții Constituționale [nr. 1.431 din 2010](#) sau nr. 1.655 din 2010).

17. De asemenea, în lipsa îndeplinirii condiției privind caracterul urgent al intervenției legislative pe calea angajării răspunderii Guvernului, nu poate fi atinsă nici ultima condiție, referitoare la necesitatea aplicării imediate a legii.

18. Se conchide că modalitatea în care Guvernul a înțeles să își asume răspunderea, prin simpla divizare în 5 pachete legislative, nu poate acoperi viciul de neconstituționalitate, de vreme ce angajarea răspunderii s-a făcut într-o ședință unică, printr-un procedeu artificial menit să confere o aparență de legalitate, tehnica de asumare a răspunderii fiind folosită abuziv și cu încălcarea normelor de tehnică legislativă. Totodată, legea criticată contravine și principiului securității juridice și al așteptării legitime, derivat din [art. 1 alin. \(5\) din Constituție](#), precum și dreptului fundamental la informație, garantat de [art. 31 din aceasta](#), întrucât a fost promovată fără o consultare publică adecvată și fără o evaluare de impact comprehensibilă cetățenilor, fiind astfel adoptată într-o manieră netransparentă.

19. Criticile de neconstituționalitate întrinesc vizează dispozițiile art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din legea ce constituie obiect al sesizării de neconstituționalitate.

20. În ceea ce privește dispozițiile art. I pct. 4, prin care se modifică [alin. \(1⁴\) al art. 165 din Legea nr. 95/2006](#), se susține că acestea sunt susceptibile să încalce principiul egalității în drepturi, consacrat de [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#), deoarece acordă un regim derogatoriu de acces la posturile din unitățile și instituțiile medicale publice, de natură să creeze o situație privilegiată nejustificată pentru o anumită categorie socioprofesională, în detrimentul altor categorii de medici și farmaciști aflați în aceeași situație. Este vorba despre categoria personalului didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate, precum și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, care, potrivit textului de lege criticat, beneficiază de integrare clinică în unități medicale aflate în subordinea sau coordonarea unor autorități publice, precum și în spitale sau clinici private. Contrar normei fundamentale invocate și jurisprudenței în materie a Curții Constituționale ([Decizia nr. 657 din 2019](#), paragraful 16), textul atacat creează o discriminare indirectă între medici/farmaciști care au și calitatea de cadre universitare și ceilalți medici/farmaciști, ultimii nebeneficiind de aceeași facilitate a integrării clinice în unitățile medicale publice, deși ambele categorii sunt în situații comparabile din perspectiva accesului la funcții și posturi în aceste unități publice.

21. Autorii sesizării susțin că dispozițiile art. I pct. 8 și 11 din lege, prin care sunt modificate [art. 176 alin. \(4\)](#) și, respectiv, [art. 181 alin. \(5\) din Legea nr. 95/2006](#), contravin [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#) referitor la principiul descentralizării ca principiu de bază al administrației publice, întrucât operează un transfer de competență decizională - cu privire la stabilirea indicatorilor de performanță profesională în cazul managerului spitalului - dinspre autoritățile publice locale către ministrul sănătății. Contrar principiului descentralizării și spre deosebire de redactarea în vigoare a textelor vizate de art. I pct. 8 și 11, noua lege realizează o centralizare a competențelor în favoarea ministrului sănătății, iar autoritățile publice cu rețele sanitare proprii vor fi lipsite de prerogativa gestionării acestora, ceea ce reprezintă nu doar o simplă coordonare metodologică de la nivel central, ci o subordonare deplină față de ordinul ministrului prin care sunt stabiliți indicatorii de performanță.

22. Dispozițiile art. I pct. 17 din legea examinată, prin care sunt introduse alin. (1⁴) și (1⁵) în structura [art. 261 din Legea nr. 95/2006](#), modifică 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 anul 2027. Aceste prevederi ridică mai multe probleme de constituționalitate prin raportare la [art. 34 alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#), [art. 16 alin. \(1\)](#), [art. 1 alin. \(5\)](#), [art. 135 alin. \(2\) lit. a\) din Constituție](#).

23. În acest sens se arată că prin diminuarea substanțială a ponderii plății per capita se afectează stabilitatea financiară a cabinetelor de medicină de familie, în special a celor din mediul rural sau defavorizat, unde numărul de consultații este redus. Consecința ar consta în închiderea unor cabinete medicale și limitarea accesului populației la serviciile medicale de bază, statul încălcându-și astfel obligația constituțională de a asigura dreptul populației la ocrotirea sănătății, prevăzută de [art. 34 alin. \(1\)](#) și [\(2\) din Legea fundamentală](#).

24. Totodată, noua formulă de finanțare creează o discriminare, interzisă de [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#), între pacienții din mediul urban și cei din mediul rural, cât și între medicii de familie din mediul urban și cei din mediul rural, pe criteriul locului unde aceștia își au domiciliul sau sediul, după caz. Aceasta deoarece în orașe plata pe serviciu medical ar putea genera venituri suficiente, însă medicii de familie din mediul rural ar fi dezavantajați, iar pacienții ar rămâne cu un acces limitat la serviciile medicale.

25. Se arată că intervenția legislativă criticată afectează principiul securității juridice și al previzibilității normei, consacrat de [art. 1 alin. \(5\) din Constituție](#), deoarece nu este fundamentată printr-o analiză concretă și previzibilă a impactului asupra sistemului de sănătate, „eficientizarea cheltuielilor” fiind doar un obiectiv general invocat în expunerea de motive a legii criticate, fără a se arăta cum se va asigura în practică protejarea cabinetelor medicale vulnerabile sau menținerea accesului universal la serviciile de bază.

26. De asemenea, orientarea masivă a finanțării spre plata pe serviciu medical poate stimula supraprescrierea și supratratarea, noul mecanism fiind susceptibil să genereze o risipă de fonduri publice și un dezechilibru în sistem, în loc să conducă la utilizarea rațională a resurselor și la asigurarea unui mediu concurențial loial, așa cum prescrie [art. 135 alin. \(2\) lit. a\) din Constituție](#) [și nu lit. f), cum din eroare au precizat autorii sesizării]. Prin rigidizarea procentelor de finanțare, același mecanism preconizat prin legea criticată restrânge și marja de apreciere a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) și a contractului-cadru de a adapta anual politica de finanțare la realitățile medicale și demografice, fiind astfel afectate principiul descentralizării și al autonomiei instituțiilor publice, stabilit prin [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#), precum și autonomia profesiilor medicale, protejată de [art. 32 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#).

27. Și dispozițiile art. I pct. 24 din lege, prin care este introdus alin. (4) în structura [art. 381 din Legea nr. 95/2006](#), ridică o serie de probleme de constituționalitate din perspectiva ocrotirii dreptului constituțional la sănătate și a cerințelor de previzibilitate și claritate a normei juridice. Textul criticat 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. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), ceea ce exclude accesul pacienților la tratamente și dispozitive moderne, inovative, dar neincluse încă în pachetul standard. Are loc astfel o discriminare între pacienți, în funcție de natura afecțiunilor de care suferă, fără ca diferența de tratament să fie justificată pe criterii obiective, ci pe ritmul birocratic al actualizării contractului-cadru. În plus, sintagma „numai serviciile prevăzute în contractul-cadru” din cuprinsul normei criticate nu este previzibilă și clară, întrucât nu se poate determina 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. Totodată, restrângerea accesului pacienților la servicii sau medicamente care nu figurează în contractul-cadru și lipsa unor mecanisme compensatorii (precum programele de acces la tratamente inovative) reprezintă o ingerință disproporționată în exercițiul dreptului la ocrotirea sănătății, contrară [art. 53 din Constituție](#).

28. Art. II din legea criticată vizează [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, iar pct. 1 al art. II modifică art. IV din ordonanța de urgență menționată, introducând un regim de decontare a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, fundamental schimbat față de cel în vigoare. Astfel, dacă în prezent acest regim vizează, fără distincție, orice pacient, noua lege restrânge decontarea integrală doar la anumite categorii de pacienți (pacienți înscrși în programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscrși în program; pacienții diagnosticați cu tuberculoză sau HIV/SIDA; persoane asigurate diagnosticate cu afecțiune oncologică; persoane asigurate și persoane care nu pot face dovada calității de asigurat, cu suspiciune de afecțiune oncologică, în vederea diagnosticării afecțiunii oncologice), pentru toate celelalte categorii decontarea având loc strict în limita contractată inițial. Această normă exclude de la beneficiul decontării integrale pacienții care suferă de boli cronice sau acute, la fel de grave, ceea ce generează o discriminare nejustificată obiectiv și rezonabil, contrară [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#), dar și o încălcare a dreptului acestora la ocrotirea sănătății, garantat de art. 34 alin. (1) și (2) din aceasta. 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. Or, prin limitarea strictă a decontării la nivelul contractat pentru pacienții din afara listelor prevăzute de lege, noua normă creează riscul ca unitățile sanitare să refuze internările de zi din motive bugetare, chiar și pentru cazurile medicale justificate, creându-se o ingerință disproporționată asupra dreptului la ocrotirea sănătății, contrară și [art. 53 din Constituție](#). Totodată, nici această normă nu este fundamentată, necesitatea adoptării sale nu este explicată, în contradicție cu [art. 1 alin. \(5\) din Constituție](#) din perspectiva principiului securității juridice și a cerințelor de previzibilitate a normei.

29. În sfârșit, se mai susține că dispozițiile art. II pct. 3 din legea atacată, prin care sunt introduse două alineate în structura normativă a [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), încalcă aceleași prevederi constituționale mai sus menționate, întrucât, fără nicio explicație rațională și justificare obiectivă, textul criticat elimină bolile oncologice din rândul celor pentru care legea prevede suplimentarea sumelor contractate pentru toate investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară [alin. (4) al art. IX], iar pacienții care beneficiază totuși de această suplimentare (respectiv pacienții diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală) nu pot deconta decât o singură investigație de acest tip într-un an [alin. (5) al art. IX]. Se creează din nou o discriminare a pacienților cu boli oncologice din perspectiva accesului la servicii medicale corespunzătoare, aflați în aceeași situație de vulnerabilitate ca cei diagnosticați cu bolile expres enumerate în noul text criticat. Limitarea la o singură investigație decontată pe an nu se poate justifica din rațiuni bugetare, care nu pot prevala asupra necesității medicale. Textul nu explică ce se întâmplă în cazul pacienților care în mod justificat au nevoie de mai multe investigații de înaltă performanță într-un an, această ambiguitate normativă fiind aptă să genereze interpretări diferite în practică și să justifice refuzul unor servicii medicale vitale pentru pacienți.

30. În concluzie, se arată că amplexarea și gravitatea încălcărilor constituționale mai sus evidențiate cu privire la legea criticată, adoptată prin angajarea în mod abuziv a răspunderii Guvernului, impun intervenția fermă a Curții Constituționale pentru protejarea ordinii constituționale democratice din România. În conformitate cu dispozițiile [art. 16 alin. \(2\) din Legea nr. 47/1992](#) privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, obiecțiile de neconstituționalitate au fost comunicate președinților celor două Camere ale Parlamentului, precum și Guvernului, pentru a transmite punctele lor de vedere.

31. În conformitate cu dispozițiile [art. 16 alin. \(2\) din Legea nr. 47/1992](#) privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, obiecțiile de neconstituționalitate au fost comunicate președinților celor două Camere ale Parlamentului, precum și Guvernului, pentru a transmite punctele lor de vedere.

32. Președintele Camerei Deputaților consideră că obiecția de neconstituționalitate este neîntemeiată.

33. În ce privește criticile de neconstituționalitate extrinsecă, raportate la încălcarea [art. 1 alin. \(3\)-\(5\)](#), [art. 61](#) și a [art. 114 din Constituție](#) prin aceea că Guvernul și-a angajat răspunderea asupra unui proiect de lege care reglementează în mai multe domenii fără legătură între ele sau fără un scop unic (lipsa unicității de reglementare) și fără a exista o reală urgență, se susține că acestea nu sunt întemeiate. Se apreciază că în cauză sunt aplicabile mutatis mutandis considerente de principiu din jurisprudența constituțională în materie ([deciziile nr. 298 din 2006](#) și [nr. 147 din 2003](#)), prin care Curtea a statuat că dispozițiile [art. 114 din Constituție](#) ([art. 113 în forma Constituției](#) anterior revizuirii și republicării sale din anul 2003) nu stabilesc cerințele pe care trebuie să le îndeplinească un proiect de lege sub aspectul structurii sale și al întinderii domeniului de reglementare, legea adoptată putând avea un caracter complex care să vizeze însă un scop sau un interes general unic. Or, legea criticată în cauză are un caracter complex, iar scopul unic, precum și urgența adoptării sunt precizate cu claritate în expunerea de motive prezentată de Guvern. Astfel, urgența adoptării este motivată prin obligația respectării angajamentelor României față de cadrul legislativ al Uniunii Europene în materie fiscal-bugetară și armonizarea în acest sens a legislației naționale, concomitent cu necesitatea implementării măsurilor corespunzătoare pentru reducerea deficitului bugetar ca dimensiune esențială a realizării programului de guvernare ([art. 126 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene](#), recomandările Fondului Monetar Internațional și ale Comisiei Europene, Planul național de redresare și reziliență). În lipsa luării de urgență a unor măsuri eficiente devine iminentă aplicarea unor sancțiuni constând în suspendarea fondurilor europene. Se menționează presiunile financiare exercitate asupra Fondului unic de asigurări sociale de sănătate, rezultate din creșterea cheltuielilor și a numărului beneficiarilor de indemnizații de asigurări sociale de sănătate, și faptul că aceste cheltuieli publice vizează însăși îndeplinirea obligației constituționale a statului de a asigura ocrotirea sănătății și protecția socială a cetățenilor.

34. De asemenea, se arată că nici critica referitoare la neîndeplinirea cerinței de aplicabilitate imediată a legii nu poate fi reținută, având în vedere jurisprudența Curții Constituționale prin care s-a arătat că stabilirea unor termene până la data intrării în vigoare a măsurilor adoptate nu contravine ideii de maximă celeritate a adoptării lor, ci răspunde necesității de previzibilitate a cadrului normativ supus modificărilor, în special când scopul urmărit este de durată și măsurile stabilite nu pot fi de

imediată/imediat aplicare (Decizia nr. 298 din 29 martie 2006). În cazul de față, având în vedere complexitatea măsurilor, multitudinea de beneficiari ai acestor măsuri, măsurile subsecvente ce trebuie adoptate ca și consecință a dispozițiilor reglementate, Guvernul nu putea prevedea în textul legii termene mai scurte, această condiție de temporalitate fiind susținută în mod obiectiv și rațional de natura implicațiilor sale economice, dar și sociale.

35. Cât privește pretinsa încălcare a [art. 1 alin. \(3\) din Constituție](#), se arată că această normă este în mod formal invocată, fără a fi argumentată o anumită relație de contrarietate față de principii ori dispoziții din legea fundamentală, iar eventualul caracter inconvenabil al unei dispoziții legislative față de anumite subiecte de drept, ca și modalitățile de punere în practică a acestora nu pot echivala cu neconstituționalitatea măsurii legislative preconizate.

36. Referindu-se la criticile de neconstituționalitate extrinsecă, președintele Camerei Deputaților susține că este neîntemeiată critica ce vizează încălcarea [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#) prin textul propus la [art. 165 alin. \(1¹\) din Legea nr. 95/2006](#). Principiul egalității nu poate fi aplicabil întrucât soluția legislativă criticată vizează o categorie profesională total diferită de cea a personalului medical sau farmaceutic, distincția fiind dată de deținerea, în plus, și a calității de cadru didactic, aspect de natură să justifice beneficiul acestora din urmă de integrare clinică în unități medicale aflate în subordinea sau coordonarea autorităților publice, precum și în spitale sau clinici private. Implicarea acestor specialiști nu doar în activitatea de predare a cursurilor în cadrul universităților de medicină și farmacie, ci și în formarea practică a tinerilor medici și farmaciști rezidenți răspunde deficitului cronic de cadre specializate în domeniu și se încadrează în obligația statului de a asigura realizarea dreptului la învățătură consacrat de [art. 32 alin. \(1\) din Constituție](#).

37. Cât privește critica de neconstituționalitate referitoare la încălcarea principiului autonomiei locale prin soluțiile legislative cuprinse la art. I pct. 8 și 11 din legea criticată, se arată că nu are un obiect real. Activitatea unui manager de unitate sanitară nu poate fi asimilată cu cea a unui manager al unei regii din subordinea unei autorități locale, prima având o dimensiune mult mai complexă legată de factori specifici de natură științifică. Actul medical trebuie să aibă aceeași calitate în toate unitățile medicale, iar Ministerul Sănătății este instituția care are acces la datele centralizate despre starea de sănătate a populației, despre metodele terapeutice și de investigare care conduc la un act medical de calitate. Prin urmare, faptul că ministrul sănătății, la propunerea autorităților administrației publice locale, poate să stabilească prin ordin și alți indicatori specifici de măsurare a performanței manageriale într-o unitate sanitară nu poate fi contrar principiului autonomiei locale.

38. În concluzie, se consideră că o mare parte dintre argumentele prezentate de autorii sesizării vizează în realitate oportunitatea, și nu neconstituționalitatea reglementării, astfel că se propune respingerea sesizării ca neîntemeiată.

39. Președintele Senatului consideră că obiecția de neconstituționalitate este neîntemeiată.

40. Sub aspectul criticilor de natură extrinsecă, se arată că adoptarea legii criticate prin angajarea răspunderii Guvernului nu subminează rolul Parlamentului de autoritate legiuitoare a țării, consacrat de [art. 61 din Constituție](#), această procedură având propriul regim constituțional, configurat de [art. 114 din Legea fundamentală](#) și de jurisprudența în materie a Curții Constituționale. Astfel, nu sunt stabilite în mod expres în sarcina Guvernului condiționări legate de natura proiectului de lege, structura sa, oportunitatea adoptării, limitarea efectelor proiectului la un singur domeniu de reglementare, numărul acestora, intervalul de timp sau momentul cu privire la care Guvernul decide să își angajeze răspunderea în fața Parlamentului. Nici structura Parlamentului, mai precis existența unei majorități parlamentare, nu exclude adoptarea legii pe calea angajării răspunderii Guvernului.

41. În cauza de față, Guvernul a hotărât să își angajeze răspunderea în fața Parlamentului, separat, asupra a 5 proiecte de lege, în acest sens fiind declanșată procedura parlamentară în cursul căreia parlamentarii au avut prilejul să utilizeze instrumentul de control parlamentar constând în moțiunea de cenzură împotriva Guvernului, dar care nu a întrunit majoritatea necesară pentru adoptare. Prin urmare, nu a fost afectat echilibrul constituțional al puterilor, iar utilizarea angajării răspunderii Guvernului s-a realizat în conformitate cu normele constituționale.

42. Se arată că legea criticată reglementează o serie de modificări și completări asupra unor acte normative ce au un obiect și un scop unitar, acela de reglementare unitară a serviciilor de sănătate în vederea eficientizării serviciilor de sănătate, prin reducerea cheltuielilor și prin creșterea calității serviciilor medicale. Urgența adoptării măsurilor preconizate și celeritatea procedurii utilizate sunt suficient explicate în cuprinsul expunerii de motive și sunt de natură obiectivă, determinată, în esență, de angajamentele Guvernului de a armoniza legislația privind domeniul fiscal-bugetar cu angajamentele asumate de România în plan internațional, dar și de reducerea deficitului bugetar. Totodată, având în vedere complexitatea măsurilor, multitudinea de beneficiari ai acestor măsuri, măsurile subsecvente ce trebuie adoptate ca și consecință a dispozițiilor adoptate, se consideră că Guvernul nu putea prevedea în textul legii termene mai scurte pentru intrarea în vigoare, însă acest aspect nu impiedică asupra caracterului necesar și aplicării imediate a legii adoptate. Prin urmare, se consideră că procedura angajării răspunderii Guvernului în fața Parlamentului a fost realizată în conformitate cu normele constituționale.

43. Cu referire la criticile de neconstituționalitate intrinsecă, privind art. I pct. 4 din legea supusă controlului, se arată că acestea nu introduc un privilegiu nejustificat, deoarece personalul didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată în instituțiile de învățământ superior acreditate, precum și medicii și farmaciștii specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată reprezintă o categorie profesională diferită, având un regim special, prin ocuparea unei funcții de cadru didactic, pe lângă specializarea de bază. Pe fondul unui deficit cronic de cadre specializate, aceștia au capacitatea de a îndeplini și misiunea de formatori ai tinerilor absolvenți și viitorilor specialiști din medicina românească.

44. Referitor la criticile aduse art. I pct. 8 și 11 din lege, potrivit cărora se diminuează rolul efectiv al autorităților administrației publice locale cu privire la managementul spitalelor din rețeaua proprie, contrar [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#), se arată că norma constituțională este respectată, deoarece autoritățile locale menționate își conservă prerogativa de a propune și alți indicatori de performanță specifici managementului spitalului, pe lângă cei stabiliți prin ordin al ministrului sănătății. Totodată, actul medical trebuie să aibă aceeași calitate în toate unitățile medicale pe întreg teritoriul României și acest lucru nu poate fi obținut decât printr-o viziune unitară pe care autoritățile locale nu o pot avea.

45. Guvernul apreciază că obiecția de neconstituționalitate este neîntemeiată.

46. Acesta consideră că nu pot fi reținute criticile de neconstituționalitate extrinsecă, raportate la încălcarea [art. 1 alin. \(3\)-\(5\)](#), [art. 61](#) și a [art. 114 din Constituție](#).

47. În acest sens, se arată, în esență, că legea criticată are, contrar susținerilor autorilor sesizării, un obiect unic de reglementare, care vizează domeniul sănătății, nefiind interzis prin Constituție ca diferite măsuri din același domeniu să fie reglementate prin mai multe acte normative. Relațiile sociale reglementate, deși sunt variate, au legătură între ele, reflectând o unitate normativă, subsumată unui scop unic. Scopul comun al legii criticate este precizat în expunerea de motive și vizează creșterea accesului și calității serviciilor medicale cu accent pe ambulatoriu și prevenție, eficientizarea și controlul cheltuielilor Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (inclusiv sancțiuni antifraudă și contribuții temporare), întărirea guvernantei spitalelor și a capacității de răspuns (spitale strategice, UPU), protejarea pacienților vulnerabili și simplificări administrative. Astfel se justifică și urgența adoptării prin angajarea răspunderii Guvernului a măsurilor preconizate, iar stabilirea unor termene pentru implementarea acestora răspunde cerinței de predictibilitate a legii, fără a afecta necesitatea adoptării lor de urgență. În sprijinul acestor argumente este invocată jurisprudența în materie a Curții Constituționale ([Decizia nr. 523 din 18 octombrie 2023](#), [Decizia nr. 467 din 2 august 2023](#), [Decizia nr. 61 din 12 februarie 2020](#), [Decizia nr. 147 din 16 aprilie 2003](#), [Decizia nr. 375 din 6 iulie 2005](#) sau [Decizia nr. 298 din 29 martie 2006](#)).

48. În legătură cu criticile privind încălcarea principiului securității juridice și legitimei așteptări, se arată că nici acestea nu pot fi reținute, fiind invocată în acest sens jurisprudența prin care Curtea Constituțională a arătat că lipsa unui studiu de impact sau a unei motivări reale a necesității adoptării unui act normativ nu conduc automat la constatarea neconstituționalității legii, între cele două elemente existând o relație funcțională, și nu de cauzalitate. Acestea pot deveni condiții obligatorii de reglementare numai dacă printr-o lege specială se prevede în mod expres în acest sens, ceea ce nu se verifică în prezenta cauză ([deciziile nr. 379 din 2024](#), [nr. 238 din 2020](#) și [nr. 650 din 2018](#)). Prin urmare, nu poate fi reținută nici pretinsa încălcare a dreptului la informație al cetățenilor, prevăzut de [art. 31 din Constituție](#).

49. Cu referire la criticile de neconstituționalitate intrinsecă, se arată, în esență, că nu poate fi reținută pretinsa încălcare prin art. I pct. 4 din legea criticată a principiului nediscriminării, consacrat de [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#), cu referire la regimul derogatoriu de integrare clinică aplicabil cadrelor didactice medico-farmaceutice (și asistenți universitari), cărora le sunt rezervate posturi în unități medicale publice/private pe singurul criteriu al calității academice. Pe de o parte, diferența de tratament juridic se justifică în mod obiectiv prin faptul că aceste persoane, spre deosebire de personalul medico-farmaceutic, au un statut juridic special și o dublă funcție (formarea universitară/cercetare și activitate clinică), cu obligații curriculare, cerințe de acreditare și continuitate. Pe de altă parte, măsura integrării clinice urmărește un scop legitim (asigurarea calității învățământului clinic și a serviciilor) și este proporțională, întrucât textul menține condiția ca posturile destinate integrării clinice să fie ocupate prin concurs sau examen.

50. Referitor la criticile aduse art. I pct. 8 și 11 din legea criticată prin raportare la [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#), se arată că nu sunt întemeiate, deoarece stabilirea prin ordin al ministrului sănătății, în calitate de conducător al autorității centrale de resort, a indicatorilor de performanță aplicabili managerilor de unități sanitare se subsumează exercitării rolului acestuia de coordonare metodologică unitară, rol stabilit expres de Legea nr. 95/2006, iar autonomia locală este garantată de norma fundamentală invocată „în condițiile legii”.

51. Cât privește critica referitoare la art. I pct. 17 din lege, se arată că este neîntemeiată, deoarece stabilirea arhitecturii de finanțare în sănătate, respectiv ponderea per capita/pe serviciu intră în sfera opțiunii de politică publică a legiuitorului și a Guvernului, iar dreptul constituțional la ocrotirea sănătății nu consacră un model unic de finanțare. Măsurile adoptate nu suprimă pachetul de bază, rețeaua sau finanțarea, ci reazăază stimulentele pentru prestarea efectivă, fiind corelată cu măsuri de creștere a accesului cetățenilor la servicii medicale. În plus, stabilirea prin lege a parametrilor-cadru nu afectează principiul descentralizării/autonomiei locale, care vizează organizarea administrației publice locale, și nu uniformitatea cadrului național în asigurări de sănătate.

52. În mod similar, nu pot fi reținute nici criticile de neconstituționalitate referitoare la art. I pct. 24 din lege, care reglementează modalități de decontare a serviciilor medicale și a medicamentelor, deoarece exprimă o opțiune de politică socială în marja de apreciere pe care [art. 34 din Constituție](#) o acordă legiuitorului. Nu este afectată nici autonomia profesională a medicului, care poate face recomandări bazate pe dovezi științifice, deoarece norma criticată condiționează doar finanțarea publică. Nu se poate invoca nici discriminarea pacienților sub aspectul accesului la finanțare publică, deoarece diferențierea este întemeiată pe criterii economico-medicale, aplicabile uniform tuturor asiguraților, astfel că [art. 53 din Constituție](#) nu este incident.

53. Totodată, nici criticile de neconstituționalitate formulate cu privire la art. II pct. 1 din lege, referitor la limitarea decontării integrale a spitalizării de zi, nu sunt întemeiate, deoarece [art. 34 din Constituție](#) nu consacră dreptul la ocrotirea sănătății ca un drept absolut la decontarea nelimitată a oricărui serviciu, ci obligă statul să organizeze sistemul de sănătate și să stabilească pachete/prestații în limitele resurselor. Textul stabilește regula (decontare în limita contractului) și excepțiile (categorii pentru care se decontează la nivel realizat), indicând criterii obiective (încadrare în programe naționale, diagnostice TB/HIV, oncologie/suspiciune oncologică), ceea ce conferă normei un caracter previzibil.

54. Aceleași argumente de principiu justifică și caracterul neîntemeiat al criticilor de neconstituționalitate formulate cu privire la art. II pct. 3 din lege, referitor la regimul decontării investigațiilor paraclinice de înaltă performanță, text care nu elimină pacienții oncologici de la posibilitatea finanțării investigațiilor medicale, așa cum susțin autorii sesizării, acest aspect găsindu-se și reglementarea în art. II pct. 1 din lege.

55. La termenul de judecată fixat pentru data de 24 septembrie 2025, Curtea a dispus conexarea Dosarului nr. 4.055A/2025 la Dosarul nr. 4.027A/2025, care a fost primul înregistrat. De asemenea, în acord cu [art. 76 din Legea nr. 47/1992](#), Curtea a solicitat Ministerului Sănătății lămuriri suplimentare cu referire la soluția legislativă cuprinsă în art. II pct. 3 din legea criticată, sens în care, în temeiul art. 57 și art. 58 alin. (3) din aceeași lege, a amânat dezbaterile asupra cauzei pentru data de 8 octombrie 2025, când a pronunțat prezenta decizie.

56. Ministerul Sănătății a transmis în data de 2 octombrie 2025 punctul de vedere solicitat, atașat la dosar, prin care se arată, în esență, că proiectul de act normativ examinat menține decontarea la nivelul realizat (fără plafon) a investigațiilor paraclinice dedicate monitorizării pacienților cu afecțiuni oncologice. Cu privire la pacienții diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, sunt menținute investigațiile paraclinice pentru monitorizare, prescrise prin biletele de tip Monitor, în limita valorii de contract alocate furnizorilor de investigații paraclinice. În plus, acești pacienți au acces, o dată pe an, la investigații de înaltă performanță - RMN, CT, scintigrafie și angiografie -, recomandate prin utilizarea biletelor de tip Monitor, asigurate și prin decontarea la nivelul realizat, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

CURTEA,

examinând obiecția de neconstituționalitate, punctele de vedere ale președinților celor două Camere ale Parlamentului și ale Guvernului, răspunsul transmis de Ministerul Sănătății, raportul întocmit de judecătorul-raportor, dispozițiile legii criticate, raportate la prevederile [Constituției](#), precum și [Legea nr. 47/1992](#), reține următoarele:

57. Obiectul controlului de constituționalitate îl constituie Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, în ansamblul său, și, punctual, dispozițiile art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din lege, texte care au următorul cuprins:

" 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: (...)

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/stomatologie 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/stomatologie 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.» (...)"

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.» (...)"

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 specifici 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.» (...)"

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.» (...)"

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).» (...)"

ART. II

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 înscriși în Programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși 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.» (...) "

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."

"

58. Textele constituționale indicate în susținerea obiecției de neconstituționalitate sunt cele ale art. 1 alin. (3)-(5) referitoare la valorile supreme ale statului român, principiul separației și echilibrului puterilor și principiul legalității, art. 16 alin. (1) privind egalitatea în drepturi, art. 34 - Dreptul la ocrotirea sănătății, art. 53 - Restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți, art. 61 - Rolul și structura (Parlamentului - s.n.), art. 114 - Angajarea răspunderii Guvernului, art. 120 alin. (1) - referitoare la principiile descentralizării, autonomiei locale și deconcentrării serviciilor publice și ale art. 135 alin. (2) lit. a) cu referire la obligația statului de a asigura protecția concurenței loiale și crearea cadrului favorabil pentru valorificarea tuturor factorilor de producție.

(1) Admisibilitatea obiecției de neconstituționalitate

59. În prealabil examinării obiecției de neconstituționalitate, Curtea are obligația verificării condițiilor de admisibilitate ale acesteia, prin prisma titularului dreptului de sesizare, a termenului în care acesta este îndrituit să sesizeze instanța constituțională, precum și a obiectului controlului de constituționalitate.

60. Dacă primele două condiții se referă la regularitatea sesizării instanței constituționale, din perspectiva legalei sale sesizări, cea de-a treia vizează stabilirea sferei sale de competență, astfel încât urmează să fie cercetate în ordinea antereferită, iar constatarea neîndeplinirii uneia dintre ele are efecte dirimante, făcând inutilă analiza celorlalte condiții (Decizia nr. 66 din 21 februarie 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 213 din 9 martie 2018, paragraful 38).

61. Analizând obiecția de neconstituționalitate din perspectiva celor trei condiții de admisibilitate, Curtea urmează să constate că aceasta îndeplinește condițiile prevăzute de art. 146 lit. a) teza întâi din Constituție.

62. Astfel, sub aspectul titularului dreptului de sesizare, se constată că obiecția de neconstituționalitate a fost formulată de 28 de senatori, în Dosarul nr. 4.027A/2025 și, respectiv, de 54 de deputați, în Dosarul nr. 4.055A/2025, în conformitate cu prevederile art. 146 lit. a) teza întâi din Constituție.

63. 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, respectiv de 2 zile, începând de la același moment, dacă legea 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.

64. Legea criticată a fost adoptată în procedură de urgență prin angajarea răspunderii Guvernului în fața Camerei Deputaților și Senatului, în ședință comună. În cadrul acestei proceduri a fost depusă o moțiune de cenzură, care a fost dezbătută în data de 7 septembrie 2025, nefiind întrunită majoritatea de voturi necesară pentru adoptare. Potrivit art. 114 alin. (3) din Constituție, dacă Guvernul nu a fost demis, proiectul de lege prezentat se consideră adoptat. În aceste condiții, legea astfel adoptată a fost depusă, în aceeași zi, la secretarul general al Camerei Deputaților și la secretarul general al Senatului, în vederea exercitării dreptului de sesizare a Curții Constituționale, iar la 9 septembrie 2025 a fost

comunității. Președintele României în vederea promulgării. Curtea Constituțională a fost sesizată cu prezenta obiecție de neconstituționalitate în data de 8 septembrie 2025, în Dosarul nr. 4.027A/2025 și, respectiv, în data de 9 septembrie 2025, în Dosarul nr. 4.055A/2025, așa încât se constată că obiecția de neconstituționalitate a fost formulată în interiorul termenului de protecție stabilit de [art. 15 alin. \(2\) din Legea nr. 47/1992](#), respectiv în interiorul termenului de 20 de zile de la data trimiterii legii adoptate spre promulgare, astfel că aceasta este admisibilă.

65. În sfârșit, cât privește obiectul sesizării, acesta este reprezentat de o lege adoptată și încă nepromulgată, încadrându-se în ipoteza normativă prevăzută de [art. 146 lit. a\) din Constituție](#) și de [art. 15 alin. \(1\) din Legea nr. 47/1992](#).

(2) Analiza obiecției de neconstituționalitate

(2.1) Analiza criticilor de neconstituționalitate extrinsecă

66. Criticile de neconstituționalitate extrinsecă sunt formulate prin raportare la dispozițiile [art. 1 alin. \(3\)-\(5\)](#), [art. 61](#) și ale [art. 114 din Constituție](#) și vizează, în esență, următoarele aspecte: a) nerespectarea unicității reglementării și abuzul în utilizarea procedurii angajării răspunderii Guvernului; b) nerespectarea condițiilor de angajare a răspunderii Guvernului; c) încălcarea principiului securității juridice și al așteptării legitime. Curtea va examina aceste critici într-un mod unitar, dar în ordinea anterior indicată.

67. Cu titlu general, Curtea reamintește jurisprudența sa prin care a statuat de principiu, cu referire la instituția juridică a angajării răspunderii Guvernului, că, din interpretarea sistematică a dispozițiilor [art. 114 alin. \(1\)](#) coroborat cu [art. 113 alin. \(4\) din Constituție](#), rezultă fără echivoc că legiferarea pe calea angajării răspunderii Guvernului se poate face teoretic de mai multe ori, pentru că nici numărul motiunilor de cenzură provocate ca efect al utilizării procedurii speciale de legiferare nu este limitat la unu în cadrul aceleiași sesiuni. Totodată, expresia „unui proiect de lege” din cuprinsul [art. 114 alin. \(1\) teza finală din Legea fundamentală](#) trebuie înțeleasă în sens larg, angajarea răspunderii putându-se face și cu privire la două sau mai multe proiecte de lege sau la un pachet de asemenea proiecte, care pot fi simple ori complexe, singura cerință impusă de textul constituțional fiind cea referitoare la specia ori clasa actelor asupra cărora Guvernul își poate angaja răspunderea, adică un program, o declarație de politică generală ori un proiect de lege. Cu toate acestea, recurgerea la procedura angajării răspunderii Guvernului a fost stabilită de legiuitorul constituant ca o procedură distinctă și de excepție care permite Guvernului să legifereze, iar Curtea Constituțională a dezvoltat în jurisprudența sa o serie de criterii/condiții în care această procedură poate fi utilizată în mecanismul statului de drept. În acest sens, prin [Decizia nr. 357 din 22 iulie 2025](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 698 din 25 iulie 2025, paragrafele 108-114, Curtea Constituțională a respins, ca neîntemeiate, critici de neconstituționalitate asemănătoare formulate în cadrul unei obiecții de neconstituționalitate referitoare la Legea privind unele măsuri fiscal-bugetare și ale cărei considerente de principiu sunt aplicabile și în prezenta cauză.

68. Cu referire la critica de neconstituționalitate privind (a) lipsa unicității reglementării, relevantă este [Decizia nr. 357 din 22 iulie 2025](#), paragrafele 122 și 123, precitată, prin care Curtea a reiterat jurisprudența sa prin care a statuat că legiuitorul poate să reglementeze printr-o lege un grup complex de relații sociale, în vederea obținerii unui rezultat dezirabil la nivelul întregii societăți. Astfel de reglementări, indiferent că aparțin Parlamentului, ca legiuitor primar sau Guvernului, ca legiuitor derivat, trebuie să respecte aceleași reguli specifice întocmirii unui proiect de lege, așa cum sunt stabilite prin [Legea nr. 24/2000](#) privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, însă prin complexitatea lor nu au aceeași alcătuire ca un proiect de lege consacrat reglementării unei singure materii. Nicio dispoziție din Constituție nu interzice ca printr-o lege să fie reglementate mai multe domenii ale relațiilor sociale. Astfel, Guvernul poate opta ca într-un proiect de lege pe care îl supune Parlamentului spre adoptare, fie pe calea procedurii obișnuite de legiferare, fie prin angajarea răspunderii în fața Parlamentului, să propună reglementarea mai multor domenii prin modificări, completări sau abrogări ale mai multor acte normative în vigoare, dar care urmăresc aceeași finalitate. Așadar, Guvernul își poate angaja răspunderea asupra unui proiect de lege care să reglementeze un grup complex de relații sociale, atât timp cât legea adoptată vizează un domeniu de reglementare unitar, prin care se urmărește un scop unic sau protejarea unui interes public comun, indiferent de împrejurarea că, formal, implicațiile actului normativ adoptat prin angajarea răspunderii Guvernului pot viza mai multe acte normative și fără ca modul în care aceasta este structurată să afecteze [art. 114 alin. \(1\) din Constituție](#) sau [art. 3](#) și [art. 12 din Legea nr. 24/2000](#) (în acest sens, [Decizia nr. 147 din 16 aprilie 2003](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 279 din 21 aprilie 2003, [Decizia nr. 375 din 6 iulie 2005](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 591 din 8 iulie 2005, [Decizia nr. 1.557 din 18 noiembrie 2009](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 40 din 19 ianuarie 2010, [Decizia nr. 61 din 12 februarie 2020](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 482 din 5 iunie 2020, paragraful 68).

69. Legea criticată în prezenta cauză are în structura sa normativă 12 articole (art. I-XII), dintre care 4 operează intervenții asupra a 4 acte normative, iar restul conțin norme proprii, dintre care unele sunt de derogare de la [Legea nr. 95/2006](#) (art. VI), unele de stabilire a unor termene de implementare a unor măsuri sau de intrare în vigoare [art. III-V, art. IX-XI alin. (1) și (2)], iar unele au caracter tranzitoriu [art. XII alin. (3) și (4)]. Curtea reține că actele normative modificate prin cele 4 articole ale legii criticate au, prin specificul relațiilor sociale pe care le reglementează, un numitor comun, și anume sănătatea publică. Astfel, art. I din legea examinată vizează [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, art. II modifică dispoziții din [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, art. VII modifică [art. XXXII din Legea nr. 141/2025](#) privind unele măsuri fiscal-bugetare (text prin care se stabilește valoarea garantată a punctelor pentru acordarea serviciilor medicale în asistență medicală primară, în asistența medicală stomatologică și în asistența medicală ambulatorie de specialitate), iar art. VIII introduce un nou articol (art. 19) în cuprinsul [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011](#) privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății. Așadar, dispozițiile legii criticate se subsumează unui domeniu unitar de relații sociale, configurat de componenta sănătății publice ca parte a statului social și drept garantat de [art. 34 din Constituție](#), astfel că nu se poate reține pretinsul caracter eterogen al actului normativ criticat.

70. În ceea ce privește criticile referitoare la (b) nerespectarea condițiilor de angajare a răspunderii Guvernului, Curtea a reținut în jurisprudența sa că angajarea răspunderii Guvernului asupra

unui proiect de lege trebuie să fie realizată ținându-se seama, printre altele, de existența unei urgențe în adoptarea măsurilor preconizate, de necesitatea ca reglementarea în cauză să fie adoptată cu maximă celeritate și de aplicarea imediată a legii în cauză (a se vedea în acest sens [Decizia nr. 1.655 din 28 decembrie 2010](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 51 din 20 ianuarie 2011).

71. În expunerea de motive ce însoțește legea criticată, se arată pe larg că, față de cadrul normativ în vigoare și necesitatea adoptării unor măsuri care vizează, în esență, indicatori de rezultat și termene de implementare cuprinse în Planul de măsuri de eficientizare a cheltuielilor și de creștere a calității serviciilor medicale (transmis Guvernului spre aprobare de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății), se impune a fi modificate și/sau completate o serie de acte normative cu prevederi în domeniul sănătății.

72. Cât privește [Legea nr. 95/2006](#), se arată că este necesară implementarea unui mecanism prin care pacienții să poată avea acces la tratamentul recomandat în situația în care nu există alternativă terapeutică, prin implicarea deținătorului de autorizație de punere pe piață în suportarea unei cote aferente costurilor, respectiv implicarea medicului curant/prescriptor în ceea ce privește monitorizarea clinico-biologică a pacientului. Se impune așadar regândirea cadrului normativ actual pentru a asigura abordarea unitară, echitabilă și sustenabilă a accesului la tratamente inovative. Se precizează că, în lipsa unor reglementări clare și restrictive în ceea ce privește accesul la medicamente neautorizate/necomercializate în România (și, uneori, în Uniunea Europeană), sistemul public este pus în situația de a susține financiar terapii care nu beneficiază de o evaluare riguroasă a eficienței și siguranței, aspect contrar principiilor de utilizare rațională a resurselor din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS). Noile reglementări includ limite obiective și criterii de responsabilitate, corelarea cu protocoalele și resursele existente, dar și o delimitare clară între libertatea profesională și obligația de conformare la bunele practici și legislație.

73. Se arată că modificarea reglementărilor referitoare la decontarea serviciilor medicale spitalicești cuprinse în [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) este determinată de lipsa unui mecanism obiectiv și previzibil de repartizare a resursei financiare, care poate conduce la dezechilibre în finanțare, lipsă de transparență, precum și la riscul concentrării resurselor umane în unități cu volum redus de activitate, în detrimentul celor cu nevoi reale mai mari. Or, este necesară creșterea predictibilității și a sustenabilității financiare a sistemului de sănătate, fără a afecta accesul pacienților cu afecțiuni grave sau potențial de a periclita sănătatea publică la servicii medicale.

74. Revizuirea [art. XXXII din Legea nr. 141/2025](#) urmărește majorarea valorii punctului pe serviciu medical în ambulatoriul clinic de specialitate, avându-se în vedere orientarea pacienților din zona de spitalizare continuă, către zona de ambulatoriu de specialitate, pentru reducerea încărcării spitalizării continue, preconizându-se o reducere și o eficientizare a bugetului FNUASS cu circa 2 miliarde lei.

75. În sfârșit, prin expunerea de motive se precizează că prin modificarea operată asupra [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 77/2011](#) se reglementează o contribuție trimestrială temporară de solidaritate datorată de către deținătorii de autorizații de punere pe piață (DAPP) pentru anumite medicamente, preconizându-se astfel creșterea veniturilor încasate la FNUASS și utilizarea acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

76. Având în vedere cele precedente, Curtea nu poate reține criticile care contestă urgența în adoptarea măsurilor preconizate prin legea criticată și necesitatea adoptării lor cu maximă celeritate, în special în contextul actualei legislații în materie fiscal-bugetară, configurat prin [Legea nr. 141/2025](#) privind unele măsuri fiscal-bugetare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 699 din 25 iulie 2025, lege adoptată prin angajarea răspunderii Guvernului prin care s-a urmărit consolidarea sustenabilității financiare a României pe termen lung prin limitarea cheltuielilor permanente, până la un nivel care să permită respectarea condiționalităților asumate de România, cu consecințe negative asupra performanțelor fiscale și externe ale statului român, și prin creșterea veniturilor astfel încât să se poată susține din fonduri publice finanțarea tuturor categoriilor de servicii publice destinate cetățenilor la un nivel calitativ și competitiv impus de standardele europene [[art. I alin. \(1\) din Legea nr. 141/2025](#)]. Prin urmare, în continuarea și aplicarea noilor măsuri de politică fiscal-bugetară, Guvernul a intervenit imediat asupra unor acte normative din domeniul sănătății în sensul reconfigurării modului de alocare și, respectiv de colectare a resurselor financiare necesare sistemului de sănătate, urmărind în același timp asigurarea unei mai eficiente, predictibile și transparente repartizări a acestora către cetățeni. Curtea reține, așadar, că situațiile obiective (de drept și de fapt) învederate în expunerea de motive a legii criticate întrunesc elementele necesare calificării lor ca fiind o situație urgentă care să impună adoptarea măsurilor conținute în legea criticată. Rezultă, de asemenea, că se impunea adoptarea unor asemenea măsuri cu maximă celeritate în condițiile în care apelarea la procedura generală de legiferare ar fi însemnat împiedicarea implementării în mod coerent și imediat a noilor măsuri de reducere a deficitului bugetului general consolidat, în componenta privind gestionarea bugetului destinat sănătății, acesta fiind, totodată, un domeniu de reglementare de o importanță deosebită în cadrul politicilor sociale ale statului.

77. Cu privire la critica referitoare la faptul că legea nu ar avea în realitate un caracter urgent întrucât nu s-ar aplica imediat, Curtea constată că actul normativ examinat urmează regula prescrisă de [art. 78 din Constituție](#), potrivit căreia o lege intră în vigoare la 3 zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României sau la o dată ulterioară prevăzută în textul ei. În sensul prorogării datei de intrare în vigoare, art. XII din lege prevede data de 1 ianuarie 2026 pentru intrarea în vigoare a dispozițiilor art. I pct. 16, 19 și 20, art. II-IV și a art. VI, și a datei de 1 octombrie 2025 pentru dispozițiile art. I pct. 1 și 3, în timp ce prevederile art. I pct. 8 și 12 urmează să intre în vigoare la 90 de zile de la data intrării în vigoare a legii. Curtea reține că indicarea în situațiile menționate a unor date ulterioare de intrare în vigoare a fost necesară în mod rațional, din considerente de bună și predictibilă aplicare a legii, normele vizate reglementând diferite situații referitoare, de exemplu, la aplicarea unor noi reguli pentru numirea în funcție și încheierea unor contracte de management sau de administrare (de către managerul de spital, șefii de secție, de laborator și de serviciu medical, directorul general interimar sau directorul general), deschiderea unor cabinete medicale, decontarea unor servicii medicale sau acordarea unor pachete de servicii medicale - toate aceste aspecte necesitând fie timp fizic de elaborare și implementare a unor norme metodologice sau de realizare a unor investiții, fie implică o anumită abordare anuală din partea statului (a se vedea în acest sens și [Decizia nr. 845 din 18 noiembrie 2020](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 500 din 13 mai 2021, paragraful 97).

78. Având în vedere că astfel este asigurată condiția de predictibilitate a legii criticate, Curtea nu poate reține nici criticile privind (c) încălcarea principiului securității juridice și al așteptării legitime, tocmai aceste principii impunând legiuitorului să introducă în mod gradual modificările normative care necesită o anumită perioadă de adaptare.

79. Pentru motivele mai sus arătate, Curtea conchide că legea criticată a fost adoptată prin angajarea răspunderii Guvernului cu respectarea condițiilor prevăzute de [art. 114 din Constituție](#) și a jurisprudenței sale în materie. Pentru aceleași motive, Curtea nu poate reține nici criticile potrivit cărora pentru adoptarea acestei legi Guvernul a recurs în mod abuziv și arbitrar la procedura angajării răspunderii, erodând rolul de legiuitor suveran rezervat Parlamentului, conform [art. 61 din Constituție](#).

(2.2) Analiza criticilor de neconstituționalitate intrinsecă

(2.2.1) Critica privind art. I pct. 4 din lege raportată la [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#)

80. Dispozițiile art. I pct. 4 din legea criticată modifică [alin. \(1¹\) al art. 165 din Legea nr. 95/2006](#) în sensul că reglementează beneficiul de integrare clinică în unități medicale din subordinea unor instituții sau autorități publice, în spitalele și ambulatoriile universitare aflate în subordinea instituțiilor de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie, precum și în spitale și cabinete private a personalului didactic medico-farmaceutic încadrat pe perioadă nedeterminată din instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate, precum și a medicilor și farmaciștilor specialiști/primari care au calitatea de asistenți universitari pe perioadă determinată, cât timp dețin această calitate. Aceste dispoziții sunt considerate ca fiind contrare [art. 16 alin. \(1\) din Constituție](#), deoarece ar crea un regim discriminatoriu față de ceilalți medici și farmaciști, care, deși fac parte din categoria personalului medical, nu beneficiază de aceeași posibilitate a integrării clinice în aceleași condiții.

81. Curtea reține că aceste critici nu sunt întemeiate, deoarece autorii sesizării compară două subiecte de drept care nu se află în aceeași situație pentru a putea beneficia de același tratament juridic. Or, principiul egalității și al nediscriminării impune, în egală măsură, atât condiții egale la situații egale sau comparabile, cât și tratament diferit pentru situații care se deosebesc în mod obiectiv și rațional.

82. În cazul beneficiului de integrare clinică, diferența dintre cele două subiecte de drept invocate, deși ambele fac parte din categoria personalului medical sau farmaceutic, constă într-o calitate suplimentară pe care unii medici/farmaciști o au, și anume cea de cadru didactic (pe perioadă nedeterminată) sau asistent universitar (pe perioadă determinată) încadrat la instituțiile de învățământ superior acreditate care au în structură facultăți de medicină, medicină dentară/stomatologie sau farmacie acreditate sau programe de studii universitare în domeniul Sănătate. Acordarea beneficiului integrării clinice doar personalului medical cu dublă calificare - medicală și academică - este justificată de necesitatea asigurării creșterii calității actului medical în unitățile spitalicești de stat, universitare și private, pe de o parte, dar și de necesitatea continuării asigurării unei componente didactice a actului medical și în activitatea practică, de care au nevoie medicii rezidenți și medicii tineri din spitale. Integrarea acestei dimensiuni - a profesoratului în spital - nu poate avea decât consecințe pozitive pentru formarea unui corp medical specializat și profesionist, astfel asigurându-se pe termen lung creșterea calității serviciilor medicale de care pot beneficia pacienții. Prin urmare, măsura preconizată nu constituie o discriminare, deoarece tratamentul juridic diferit este aplicabil unor persoane aflate în condiții diferite în mod obiectiv și se justifică prin necesitatea valorificării aptitudinilor cadrelor medicale cu statut universitar inclusiv în mediul spitalicesc sau ambulatoriu. De altfel, norma analizată nu are un caracter de noutate, [art. 165 alin. \(1¹\) din Legea nr. 95/2006](#) cuprinzând în prezent o soluție legislativă de principiu asemănătoare, promovată cu scopul de a se asigura învățământul și cercetarea științifică medicală în spitale.

83. Pe de altă parte, critica autorilor sesizării, potrivit căreia beneficiarii integrării clinice ocupă fără concurs posturile din unitățile medicale publice, este contrazisă chiar de art. I pct. 4 din legea analizată, care dispune că „în cadrul unităților și instituțiilor publice, posturile destinate integrării clinice se ocupă prin concurs sau examen, după caz”, pe baza unei metodologii aprobate în acest sens prin ordin al ministrului sănătății. În ce privește integrarea clinică în mediul privat, modalitatea de ocupare a posturilor nu constituie obiectul de reglementare al legii criticate.

(2.2.2) Critica privind art. I pct. 8 și 11 din lege raportată la [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#)

84. Dispozițiile art. I pct. 8 și 11 din lege, prin care sunt modificate [art. 176 alin. \(4\)](#) și, respectiv, [art. 181 alin. \(5\) din Legea nr. 95/2006](#), sunt criticate din perspectiva încălcării principiului constituțional al autonomiei și al descentralizării, consacrat de [art. 120 alin. \(1\) din Legea fundamentală](#), întrucât ar opera un transfer de competență decizională cu privire la stabilirea indicatorilor/criteriilor de performanță profesională în cazul managerului spitalului și al membrilor comitetului director, dinspre autoritățile publice locale către ministrul sănătății.

85. Curtea reține că, potrivit dispozițiilor în vigoare ale [art. 176 alin. \(4\) din Legea nr. 95/2006](#), evaluarea managerului spitalului este efectuată în prezent pe baza criteriilor de performanță generale prevăzute prin ordin al ministrului sănătății, precum și pe baza criteriilor specifice și a ponderilor prevăzute și aprobate prin act administrativ al conducătorilor instituțiilor sau autorităților publice în subordinea cărora se află spitalul sau prin hotărârea senatului universității de medicină și farmacie, după caz. Dispozițiile în vigoare ale art. 181 alin. (5) din aceeași lege precizează că membrii comitetului director care au ocupat postul prin concurs încheie cu managerul spitalului public un contract de administrare pe o perioadă de maximum 4 ani, în cuprinsul căruia sunt prevăzuți indicatorii de performanță asumați. Noile soluții legislative introduse prin art. I pct. 8 și 11 din legea criticată prevăd că, în ambele cazuri, criteriile/indicatorii de performanță aplicabili atât managerului de spital la evaluare, cât și membrilor comitetului director la încheierea contractului de administrare sunt exclusiv cei stabiliți prin ordin al ministrului sănătății, ceilalți actori de la nivel local/teritorial implicați până acum în stabilirea acestora având doar posibilitatea să înainteze în acest sens propuneri ministrului sănătății.

86. Curtea reține că stabilirea prin ordin al ministrului sănătății a criteriilor/indicatorilor de performanță aplicabili tuturor contractelor de management și de administrare a spitalelor publice din teritoriul național reprezintă doar un aspect centralizat de organizare și funcționare unitară a

spitalelor, pe aceleași criterii, care țin de exercitarea specifică funcției de ministru al sănătății și nu are legătură cu activitatea specifică de organizare administrativă locală, astfel că [art. 120 alin. \(1\) din Constituție](#) nu este incident. Principiile descentralizării și deconcentrării serviciilor publice nu presupun și o autonomie de legiferare a autorităților deliberative locale asupra managementului serviciilor publice care vizează domenii de interes național și chiar strategic, cum sunt sănătatea și educația (învățământul), chiar dacă acestea se desfășoară, evident, prin unități publice organizate la nivel local.

(2.2.3) Critica privind art. I pct. 17 raportată la [art. 1 alin. \(5\)](#), [art. 16 alin. \(1\)](#), [art. 34 alin. \(1\)](#) și [\(2\)](#), [art. 120 alin. \(1\)](#) și [art. 135 alin. \(2\) lit. a\) din Constituție](#)

87. Dispozițiile art. I pct. 17 din legea examinată, prin care se modifică 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 anul 2027, sunt considerate a fi discriminatorii și impredictibile, deoarece afectează la nivel rural accesul pacienților la servicii medicale și stabilitatea financiară a cabinetelor medicale, autonomia profesiilor medicale, precum și mediul concurențial, restrângând totodată și marja de apreciere pe care o deține CNAS în stabilirea politicii de finanțare a serviciilor medicale.

88. Curtea consideră că aceste critici sunt neîntemeiate. Susținerile privind un eventual efect discriminatoriu asupra pacienților și medicilor din mediul rural, precum și cele care vizează presupusa distorsionare a mediului concurențial au un caracter pur speculativ și nu pot avea valențele unor reale critici cu relevanță constituțională (a se vedea în acest sens [Decizia nr. 678 din 29 septembrie 2020](#), publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 946 din 15 octombrie 2020, paragraful 129). Dincolo de aceasta, proporția anuală de distribuire a fondului destinat finanțării serviciilor medicale între plata per capita și plata pe serviciu medical reprezintă o chestiune de administrare a bugetului public național, și nicidecum de apreciere a CNAS, care nu poate decât să prezinte Guvernului/ministrului sănătății informații relevante și propuneri în acest sens. Totodată, nu se poate susține nici încălcarea principiului securității juridice și al previzibilității normei, deoarece noile dispoziții urmează să fie aplicate pentru anii următori, respectiv 2026 și începând cu anul 2027, iar studiul de impact nu reprezintă o condiție de constituționalitate a unei reglementări.

(2.2.4) Critica privind art. I pct. 24 raportată la [art. 1 alin. \(5\)](#) și [art. 34 alin. \(1\)](#) și [\(2\) din Constituție](#)

89. Autorii sesizării susțin că dispozițiile art. I pct. 24 din legea criticată limitează explicit posibilitatea de a acorda și a deconta în sistemul de asigurări sociale de sănătate doar la serviciile, recomandările și prescripțiile incluse în pachetele de servicii prevăzute de contractul-cadru, respectiv medicamentele enumerate la [art. 241 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), fiind astfel exclus accesul pacienților la tratamente și dispozitive moderne, inovative, dar neincluse încă în pachetul standard.

90. Față de aceste critici, Curtea amintește că dreptul fundamental la ocrotirea sănătății este garantat cetățenilor de [art. 34 alin. \(1\) din Constituție](#), sens în care legiuitorul constituant a stabilit în sarcina statului, la alin. (2) și (3) ale aceleiași norme, obligații de mijloace constând în luarea de măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice. Obligațiile pozitive ale statului pentru ocrotirea sănătății, nominalizate expres în [Legea fundamentală](#), sunt cele privind adoptarea de legi pentru organizarea asistenței medicale și a sistemului de asigurări sociale pentru boală, accidente, maternitate și recuperare, controlul exercitării profesiilor medicale și a activităților paramedicale, precum și alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mentale a persoanei. Așadar, deși este unul dintre cele mai importante drepturi fundamentale, în strânsă conexiune cu dreptul la viață și cu demnitatea umană, dreptul la ocrotirea sănătății nu poate fi absolutizat din perspectiva obligațiilor corelative ce revin statului, date fiind limitările inerente ce intervin în cursul exercitării lui, limitări de natură financiară, în special. Statul, în funcție de nivelul economiei naționale și resursele bugetare de la un moment dat, este singurul în măsură să decidă sfera serviciilor, investigațiilor, medicamentelor sau tratamentelor medicale care pot beneficia de finanțare integrală sau parțială. Obligatoriu este ca, în aceste fluctuații economico-legislative, să fie menținut un pachet de bază al serviciilor medicale, accesibil tuturor persoanelor asigurate în sistemul public de sănătate, precum și anumite servicii medicale de urgență pentru persoanele vulnerabile. Redimensionarea sferei serviciilor medicale presupuse decontării prin norma criticată în prezenta cauză nu poate echivala cu încălcarea dreptului la ocrotirea sănătății, acesta nefiind nicidecum abolit, ci fiind în continuare exercitat în raport cu noile condiții legale, care au în vedere actualele posibilități de decontare pe care le poate susține bugetul național. Prin urmare, Curtea va respinge ca neîntemeiată această critică.

(2.2.5) Critica privind art. II pct. 1 și 3 raportată la [art. 1 alin. \(5\)](#), [art. 16 alin. \(1\)](#) și [art. 34 alin. \(1\)](#) și [\(2\) din Constituție](#)

91. Dispozițiile art. II pct. 1 și 3 din legea criticată sunt considerate neconstituționale deoarece reduc doar la anumite boli afecțiunile medicale care beneficiază de decontarea integrală a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi (pct. 1) și, respectiv, elimină bolile oncologice din sfera acelor boli care beneficiau de decontarea investigațiilor paraclinice de înaltă performanță, iar cele enumerate expres nu pot beneficia decât de o singură astfel de investigație decontată într-un an (pct. 3).

92. Curtea reține că art. II pct. 1 din legea analizată modifică [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) și astfel se stabilește acordarea serviciilor medicale de spitalizare în regim de spitalizare de zi pentru următoarele categorii de persoane: a) pacienți înscriși în programele naționale de sănătate, pentru afecțiunea pentru care sunt înscriși 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. Cu privire la aceste categorii de pacienți, sumele rezultate cu spitalizarea în regim de zi 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. Pentru alte servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, decontarea se realizează în limita valorii contractate de respectivele unități sanitare pentru servicii de spitalizare de zi. În redactarea în vigoare a [art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), nu există o enumerare a anumitor boli sau categorii de pacienți care beneficiază de această decontare, aceasta fiind prevăzută cu titlu general.

93. În ceea ce privește art. II pct. 3 din legea criticată, acesta completează [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), text care, în prezent, cuprinde 4 alineate și reglementează

medicamentelor de decontare a investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu de pacienții diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, boală cronică renală. Noile dispoziții introduse de art. II pct. 3 din legea criticată completează art. IX al ordonanței mai sus menționate cu două noi alineate prin care reglementează, la alin. (4), regimul de decontare a investigațiilor paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală, iar la alin. (5) se introduce precizarea că, pentru fiecare persoană având bolile de mai sus, se decontează o singură astfel de investigație într-un an calendaristic.

94. În acest context normativ care vizează modificarea [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), Curtea reține că prin dispozițiile art. II pct. 2 din legea criticată se preconizează și modificarea alin. (1) al aceluiași art. IX din aceeași ordonanță de urgență, astfel că, în noua sa configurație, dispozițiile [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) ar urma să aibă următorul conținut normativ:

"(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.

(1¹) Plata investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, avizate de Ministerul Sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, se realizează din sumele alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin [Legea nr. 293/2022](#) pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Efectuarea investigațiilor paraclinice necesare pacienților, în vederea monitorizării afecțiunilor prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.

(3) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

(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."

95. Din analiza acestei noi configurații a [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) Curtea reține că primele 4 alineate vizează exclusiv pacienții oncologici, cărora le este asigurată realizarea investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării (deci ulterior diagnosticării), la un nivel care se poate suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale. Decontarea acestor investigații se operează din sumele alocate în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinate implementării Planului național de prevenire și combatere a cancerului, aprobat prin [Legea nr. 293/2022](#) pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare. Conform [art. 5 alin. \(2\) din Legea nr. 293/2022](#), „fondurile necesare pentru acordarea și decontarea la nivelul realizat a serviciilor de investigații medicale prevăzute în cadrul Planului național de prevenire și combatere a cancerului în România se aprobă prin legile bugetare anuale, atât în bugetul FNUASS, cât și în bugetul Ministerului Sănătății, după caz. Sumele aprobate prin legile bugetare anuale pot fi modificate în cursul exercițiului bugetar, cu respectarea regulilor și a condițiilor prevăzute de lege.” De asemenea, prin alin. (3) al art. 5 din aceeași lege se înființează Programul de inovație în sănătate ca un mecanism de acces la tratamente inovative, program finanțat din bugetul de stat prin Ministerul Sănătății și transfer către CNAS, criteriile și condițiile de acces, precum și procedura de decontare din programul de inovație fiind aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

96. În acest context legislativ rezultă că pacienții oncologici beneficiază, în vederea monitorizării, de acces atât la servicii și investigații medicale paraclinice (de la analize de laborator până la radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară), cât și la tratamente inovative, sumele necesare fiind decontate la nivelul realizat din bugetul FNUASS sau al Ministerului Sănătății, după caz. Regimul special pe care legea îl acordă acestei categorii de pacienți este consolidat de prevederile [art. IX alin. \(2\)](#) și [\(3\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), care stabilesc pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice un termen de efectuare a investigațiilor paraclinice în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora, precum și păstrarea unor evidențe distincte ale acestor sume, în vederea decontării lor la nivelul realizat.

97. Prin urmare, faptul că în cuprinsul art. II pct. 3 [cu referire la [art. IX alin. \(4\) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#)] din legea supusă controlului nu sunt menționați pacienții oncologici nu se poate converti, așa cum susțin autorii sesizării, într-un regim discriminatoriu al acestora, situația acestei categorii de bolnavi, configurată prin [Legea nr. 95/2006](#), [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) și [Legea nr. 293/2022](#), fiind menținută ca și în prezent, decontarea sumelor pentru efectuarea serviciilor și investigațiilor paraclinice necesare monitorizării operând la nivelul realizat, adică neplafonat, din fonduri special alocate anual prin legile bugetare anuale. Astfel, modificarea operată asupra art. IX alin. (4) din ordonanța de urgență menționată nu face decât să separe cele două categorii de pacienți în prezent reglementate în cuprinsul acestui text și are doar un caracter tehnic, pentru ca întreaga reglementare referitoare la pacienții oncologici să se regăsească în viitor în mod unitar și exclusiv în primele 4 alineate ale art. IX, fără a influența cu

nimic nivelul de protecție substanțială a dreptului la sănătate.

98. Prin eliminarea categoriei bolnavilor oncologici din cuprinsul alin. (4) al [art. IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#) legiuitorul delegat a urmărit și ca acest text, împreună cu cel al alin. (5), să trateze în mod unitar și distinct cealaltă categorie de bolnavi, cea formată din pacienții diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală.

99. Așadar, Curtea reține că art. IX alin. (1) și (4) din ordonanța de urgență menționată reglementează, în forma preconizată prin legea criticată, și conservă aceeași soluție legislativă reglementată și în prezent, normativizată însă în alin. (1) în cazul pacienților oncologici și în alin. (4) în cazul pacienților diagnosticați cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală. Cu privire la ambele categorii de pacienți textele legale indicate dispun că sumele pentru investigațiile paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, necesare monitorizării acestor bolnavi se decontează de casele de asigurări de sănătate și se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale. Prin urmare, asigurarea accesului la investigații medicale paraclinice va avea loc în aceleași condiții ca și în prezent.

100. Alin. (5) al art. IX, introdus prin art. II pct. 3 din legea criticată, aduce o completare de substanță însă, precizând suplimentar că fiecare pacient diagnosticat cu diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice sau boală cronică renală beneficiază, pe lângă investigațiile asigurate conform alin. (4), potrivit ghidurilor de practică medicală, de o singură investigație de înaltă performanță sau de medicină nucleară, într-un an calendaristic, dintre cele prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Aceeași categorie de pacienți poate 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. Așadar, dacă prin alin. (4) este asigurată decontarea investigațiilor paraclinice de înaltă performanță și de medicină nucleară efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, la un nivel ce se raportează la valoarea contractului-cadru, care poate fi suplimentat prin acte adiționale, alin. (5) asigură în plus acelorași persoane, anual, același tip de investigație, care poate viza fie afecțiunea de bază, fie alte afecțiuni intercurrente, în măsura în care investigația recomandată se regăsește în pachetul de servicii medicale de bază.

101. În considerarea dispozițiilor mai sus menționate din [Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022](#), care sunt în vigoare și prin care este asigurată pacienților oncologici decontarea investigațiilor paraclinice în regim ambulatoriu, dar și a celor cuprinse la art. II pct. 1 din legea criticată, care menționează pacienții oncologici sau cu suspiciune de afecțiune oncologică printre pacienții care beneficiază de decontarea serviciilor medicale de spitalizare în regim de spitalizare de zi, Curtea nu poate reține criticile de neconstituționalitate formulate cu privire la discriminarea acestei categorii de pacienți prin eliminarea lor de la accesul la modalitățile de asigurări sociale stabilite prin legea criticată.

102. Faptul că legiuitorul a intervenit, prin art. II pct. 1 din legea criticată, asupra modalității de decontare a serviciilor medicale de spitalizare în regim de spitalizare de zi, reducând sfera generală și nelimitată (în prezent) a pacienților beneficiari doar la anumiți pacienți cu anumite boli (grave) sau incluși în anumite programe naționale de sănătate sau că la art. II pct. 3 a redus posibilitatea de decontare la o singură investigație paraclinică de înaltă performanță și de medicină nucleară de către un singur pacient purtător al bolilor expres enumerate, în decursul unui an, nu demonstrează faptul că statul și-a neglijat sau chiar a negat obligația sa de a asigura dreptul fundamental al cetățenilor la ocrotirea sănătății. Dimpotrivă, dat fiind contextul economic actual, caracterizat printr-un deficit de mari proporții al bugetului general consolidat, legiuitorul a urmărit să asigure minimul necesar de servicii medicale, decontat în mod egal pentru acele categorii de pacienți care se înscriu în același criteriu obiectiv de gravitate a bolii, dar în limita resurselor disponibile. Având în vedere și considerentele expuse anterior, prin care se arată că obligațiile statului în asigurarea dreptului la ocrotirea sănătății nu pot fi absolutizate sau idealizate, Curtea va respinge, ca neîntemeiate, și aceste critici de neconstituționalitate.

103. Pentru considerentele arătate, în temeiul [art. 146 lit. a\)](#) și al [art. 147 alin. \(4\) din Constituție](#), precum și al [art. 11 alin. \(1\) lit. A.a\)](#), al [art. 15 alin. \(1\)](#) și al [art. 18 alin. \(2\) din Legea nr. 47/1992](#), cu majoritate de voturi în privința art. II pct. 3 din lege și cu unanimitate de voturi în privința celorlalte dispoziții și a legii în ansamblul său,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge, ca neîntemeiată, obiecția de neconstituționalitate și constată că Legea pentru modificarea și completarea unor acte normative și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, în ansamblul său, precum și dispozițiile art. I pct. 4, 8, 11, 17 și 24 și ale art. II pct. 1 și 3 din lege sunt constituționale în raport cu criticile formulate.

Definitivă și general obligatorie.

Decizia se comunică Președintelui României și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Pronunțată în ședința din data de 8 octombrie 2025.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE

ELENA-SIMINA TĂNĂSCU

Prim-magistrat-asistent,

Benke Károly

Magistrat-asistent-șef,

Claudia-Margareta Krupenschi
