



CONSILIUL LEGISLATIV

Proiect permanent de Consiliu
Ep. 718 / 22.01.2026

AVIZ
referitor la propunerea legislativă intitulată
LEGE-CADRU privind drepturile, protecția și
serviciile acordate pacientului oncologic în România

Analizând **propunerea legislativă intitulată LEGE-CADRU privind drepturile, protecția și serviciile acordate pacientului oncologic în România** (b718/17.12.2025), transmisă de Secretarul General al Senatului cu adresa nr. XXXV/7105/22.12.2025 și înregistrată la Consiliul Legislativ cu nr. D1207/23.12.2025,

CONSILIUL LEGISLATIV

În temeiul art. 2 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 73/1993, republicată, și al art. 29 alin. (4) din Regulamentul de organizare și funcționare a Consiliului Legislativ,

Avizează negativ propunerea legislativă, pentru următoarele considerente:

1. Potrivit prevederilor art. 1 alin. (1), propunerea legislativă „reglementează cadrul juridic general privind accesul gratuit, protecția, tratamentul integrat și drepturile persoanelor diagnosticate cu afecțiuni oncologice, în vederea asigurării unui standard unitar de îngrijire medicală pe întreg teritoriul României”.

Potrivit Expunerii de motive, „Proiectul de lege reprezintă, astfel, un demers esențial pentru modernizarea sistemului de sănătate, pentru reducerea inegalităților regionale, pentru îmbunătățirea calității serviciilor și pentru protejarea efectivă a pacienților oncologici. Prin abordarea sa integrată și multidimensională, actul normativ are potențialul de a transforma modul în care România gestionează prevenția, diagnosticul, tratamentul și monitorizarea bolilor oncologice, contribuind la reducerea mortalității evitabile și la creșterea speranței de viață”.

2. Prin conținutul său normativ, propunerea legislativă se încadrează în categoria legilor ordinare, iar în aplicarea prevederilor art. 75 alin. (1) din Constituția României, republicată, prima Cameră sesizată este Senatul.

3. Precizăm că, prin avizul pe care îl emite, Consiliul Legislativ nu se pronunță asupra oportunității soluțiilor legislative preconizate.

4. Având în vedere că aplicarea măsurilor preconizate prin această propunere legislativă ar avea implicații asupra bugetului de stat, sunt aplicabile prevederile art. 111 alin. (1) din Constituția României, republicată, fiind necesar a se solicita punctul de vedere al Guvernului.

5. Semnalăm că soluțiile cuprinse în propunerea legislativă au **natura unor intervenții legislative implicite** asupra mai multor acte normative, în ceea ce privește drepturile, protecția și serviciile acordate pacientului oncologic, dintre care exemplificăm cu: **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **Legea nr. 293/2022** pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, **Hotărârea Guvernului nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, **Hotărârea Guvernului nr. 423/2022** privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, **Hotărârea Guvernului nr. 144/2010** privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, **Hotărârea Guvernului nr. 972/2006** pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare, **Hotărârea Guvernului nr. 663/2023** privind înființarea Registrului Național de Cancer.

De asemenea, precizăm că măsurile preconizate, în considerarea situației actuale a sistemului sanitar din România, reflectate și la nivelul categoriei de pacienți vizate prin proiect, au un evident impact social, și influențează, totodată, prin încălcarea principiului respectării statului de drept, principiului securității raporturilor juridice, al nediscriminării, dar nu numai, calitatea vieții, integritatea corporală sau chiar viața persoanelor vizate, care ar putea renunța la lupta cu această nemiloasă boală, care este cancerul, în momentul în care ar fi obligați să plătească în plus pentru tratamentul oncologic, în condițiile în care, majoritatea au contribuit o viață la asigurările sociale de sănătate, și care oricum plătesc deja, în confruntarea zilnică cu boala, un preț uriaș din punct de vedere fizic, emoțional și psihologic.

6. Cu referire la **Expunerea de motive**, reținem următoarele:

6.1. Rațiunile obiective pentru care se schimbă paradigma sistemului de sănătate în domeniul oncologic, respectiv modul fundamental de abordate, organizarea administrativă și a resurselor, precum și introducerea unei contribuții personale (coplată) pentru pacienții oncologici adulți, plafonată la maximum 5% din valoarea serviciilor, deși sunt prezentate de o manieră amplă (21 de pagini), nu sunt fundamentate temeinic, marea majoritate fiind informații declarative, de genul *„În prezent nu există o lege-cadru care să reglementeze coerent drepturile pacientului oncologic, relația cu furnizorii de servicii, rolul instituțiilor, standardele de calitate, mecanismele de finanțare, protecția financiară, structurile de control și obligațiile furnizorilor publici și privați”*, *„În prezent, accesul pacienților la diagnostic, tratament și monitorizare depinde excesiv de disponibilitatea locală a serviciilor, de capacitatea instituțională a furnizorilor sau de posibilitățile financiare ale pacientului și ale familiei”*, *„pacienții sunt expuși riscului de impoverizare medicală”*, *„disfuncționalitățile să fie eliminate printr-o arhitectură digitală unitară”*, *„Astfel, legea creează o arhitectură de guvernanță clară, previzibilă și responsabilizată”* și altele asemenea.

Pe de altă parte, semnalăm că, menționarea într-o manieră generică, în cuprinsul Expunerii de motive, a unor „modele de reglementare” din diferite țări ale Uniunii Europene (Franța, Germania, Italia, Țările de Jos, Suedia și Portugalia) ca fiind *„modele de bune practici relevante pentru reglementarea din România, în special în ceea ce privește standardizarea taseului oncologic, organizarea registrelor naționale, finanțarea serviciilor și rolul structurilor digitale”*, că *„Analiza comparativă demonstrează că toate aceste state au în comun câteva principii fundamentale: coordonare națională, registre obligatorii, digitalizare completă, trasee clinice unitare, standardizare, indicatori de performanță și mecanisme clare de finanțare și control”* și că *„Proiectul de lege românesc integrează aceste principii, adaptându-le la specificul național de sănătate și la nevoile pacienților oncologici din România”*, nu suplinește necesitatea argumentării temeinice a soluțiilor legislative preconizate, cu atât mai mult cu cât sunt diferite, dacă nu chiar în contradicție, cu sistemul actual de sănătate românesc.

Întrucât instrumentul de prezentare și motivare nu cuprinde o justificare temeinică a măsurilor propuse, soluțiile legislative preconizate sunt susceptibile de a avea caracter arbitrar, cu consecința încălcării art. 1 alin. (3) din Constituție, referitoare la respectarea

principiului statului de drept – „**România este stat de drept, democratic și social, în care demnitatea omului, drepturile și libertățile cetățenilor, libera dezvoltare a personalității umane, dreptatea și pluralismul politic reprezintă valori supreme, în spiritul tradițiilor democratice ale poporului român și idealurilor Revoluției din decembrie 1989, și sunt garantate**”.

Semnalăm că, prin **Decizia nr. 139/2019**, Curtea Constituțională a statuat că „**Fundamentarea temeinică a inițiativelor legislative reprezintă o exigență impusă de dispozițiile constituționale menționate, întrucât previne arbitrarul în activitatea de legiferare, asigurând că legile propuse și adoptate răspund unor nevoi sociale reale și dreptății sociale**”.

6.2. Semnalăm încălcarea mai multor prevederi ale Legii nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, după cum urmează:

6.2.1. Lipsesc mai multe informații necesare conform art. 31 din legea menționată, spre exemplu referitoare la: **concluziile studiilor, lucrărilor de cercetare, evaluărilor statistice**; impactul socioeconomic - efectele asupra mediului macroeconomic, de afaceri, social și asupra mediului înconjurător, inclusiv **evaluarea costurilor și beneficiilor**; implicațiile pe care noua reglementare le are asupra legislației în vigoare; **consultările** derulate în vederea elaborării proiectului de act normativ, organizațiile și specialiștii consultați, esența recomandărilor primite; **activitățile de informare publică** privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ; **măsurile de implementare** - modificările instituționale și funcționale la nivelul administrației publice centrale și locale.

În ceea ce privește **consultările necesare în vederea elaborării proiectului de act normativ**, semnalăm că **inițiatorul recunoaște că „în etapa de inițiere parlamentară nu s-au derulat consultări publice formale sau discuții instituționale cu organisme profesionale”**, dar **promite** că, în cadrul procedurii parlamentare, „**Consultările publice și instituționale prevăzute de legislația în vigoare vor fi realizate în mod integral**”, și că „**proiectul este pregătit pentru a parcurge toate etapele de dialog instituțional și consultare publică prevăzute de legislație, garantând astfel participarea actorilor relevanți și consolidarea fundamentului profesional și juridic al actului normativ**”.

În acest sens, precizăm că, potrivit prevederilor **art. 31 alin. (1) lit. e)** din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **era obligatoriu** ca aceste consultări să se fi derulat „în

vederea **elaborării proiectului de act normativ**”, întrucât acestea **nu au un caracter pur formal**, astfel cum menționează inițiatorul, fiind necesară **nominalizarea participanților la consultări**, respectiv organizațiile și specialiștii consultați, precum și **prezentarea opiniile exprimate și concluziile acestora**.

Menționăm că aceste consultări ar fi trebuit realizate, cel puțin cu, organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate, cu autorități ale administrației publice centrale și locale, și, în mod evident, cu specialiștii din sistemul medical, asociațiile de pacienți și reprezentanți ai societății civile implicați.

În plus, din redactarea Expunerii de motive, nu rezultă ca elaborarea proiectului să fi fost precedată, având în vedere importanța și complexitatea acestuia, de o activitate de documentare și analiză științifică, pentru cunoașterea temeinică a realităților economico-sociale care urmează să fie reglementate, concretizată în prezentarea rezultatelor unor studii de cercetare și includerea unor trimiteri la sursele de informații suplimentare relevante pentru dezbaterea proiectului, așa cum dispun art. 20 alin. (1) și (3) din Legea nr. 24/2000.

6.2.2. De asemenea, semnalăm că instrumentul de prezentare și motivare nu este însoțit, așa cum prevede imperativ art. 7 alin. (3)¹¹ din legea menționată *supra*, de o **evaluare preliminară a impactului noilor reglementări asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului**.

Evaluarea preliminară a impactului noilor reglementări asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului reprezintă un set de activități și proceduri realizate cu scopul de a asigura o fundamentare adecvată a inițiativelor legislative, în vederea, atât a evaluării impactului legislației specifice în vigoare la momentul elaborării proiectului de act normativ, cât și a evaluării impactului politicilor publice pe care proiectul de act normativ le implementează.

Astfel, având în vedere importanța domeniului reglementat, se impunea efectuarea unui astfel de studiu de impact, care să arate cum ar reacționa sistemul sanitar din România, în toate componentele sale, la măsurile preconizate prin prezenta propunere, a cărei adoptare se dorește a fi, potrivit Expunerii de motive, *„o investiție strategică în sănătatea populației, în sustenabilitatea sistemului medical și în*

¹ Art. 7 alin. (3)¹ din Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, cu modificările și completările ulterioare, *„Propunerile legislative, proiectele de legi și celelalte proiecte de acte normative vor fi însoțite, în mod obligatoriu, de o evaluare preliminară a impactului noilor reglementări asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului”*.

capacitatea statului de a-și îndeplini obligațiile constituționale privind dreptul la ocrotirea sănătății”.

Unul dintre aspectele avute în vedere se referă la implementarea conceptului ce „**navigare oncologică**”, care presupune, potrivit prevederilor **art. 128 alin. (2)** din prezenta propunere, „programarea coordonată la consultații, investigații și tratamente, inclusiv reprogramările necesare”, „informarea pacientului privind etapele traseului oncologic, timpii de așteptare și drepturile sale”, „monitorizarea respectării termenelor maxime de acces și sesizarea situațiilor de depășire către structurile competente”, „consilierea privind drepturile financiare, sociale și administrative ale pacientului, inclusiv accesul la facilități, indemnizații și servicii conexe”, precum și „facilitarea comunicării între pacient, aparținători, echipa medicală și alte instituții”.

Ca urmare, având în vedere că unitățile sanitare au obligația de a desemna personal dedicat pentru activitatea de navigare oncologică, denumit „**navigator oncologic**”, este de analizat presiunea care se va pune pe sistemul de sănătate, care oricum este deficitar din acest punct de vedere, întrucât această nouă activitate presupune fie angajarea de personal nou, fie preluarea acesteia de către personalul existent.

7. Atragem atenția asupra faptului că nu sunt respectate nici prevederile art. 30 alin. (1) lit. d) și art. 33 din Legea nr. 24/2000, referitoare la obligația **ca un proiect de o ademenie importantă** să fie însoțit de un alt document de motivare, **studiul de impact**, care ar trebui să facă referire „a) la starea de fapt existentă la momentul elaborării noii reglementări; b) la modificările care se propun a fi aduse legislației existente; c) la **obiectivele urmărite prin modificarea legislației existente**; d) la **mijloacele disponibile** în vederea realizării scopurilor propuse; e) la **dificultățile care ar putea fi întâmpinate** în aplicarea noilor dispoziții; (...) h) la analiza comparativă a costurilor și a beneficiilor pe care le implică proiectul de lege, din care să reiasă dacă beneficiile sunt justificate de costuri”.

În plus, menționăm că, potrivit dispozițiilor art. 9 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **proiectul de act normativ se supune avizării Consiliului Legislativ după încheierea procedurii de avizare de către autoritățile interesate în aplicarea sa.**

În concluzie, precizăm că din cuprinsul vast al Expunerii de motive nu reiese că soluțiile preconizate să fi fost precedate de o temeinică fundamentare, iar potrivit considerentelor exprimate în Decizia Curții Constituționale nr. 682 din 27 iunie 2012, „dispozițiile art. 6 din Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă instituie obligația

fundamentării actelor normative. [...]. **Lipsa unei fundamentări temeinice a actului normativ în discuție determină, [...], încălcarea prevederilor din Constituție cuprinse în art. 1 alin. (5) [...]**”.

8. Având în vedere importanța domeniului reglementat, precum și amploarea și consecințele actului propus, sugerăm consultarea în prealabil a reprezentanților tuturor instituțiilor implicate în activitatea de prevenire și combatere a cancerului, precum Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Finanțelor.

9. Referitor la modalitatea de reglementare, menționăm că demersul normativ propus trebuie raportat la actualele realități legislative în domeniu, cu respectarea normelor de tehnică legislativă privind **asigurarea integrării organice a reglementării în sistemul legislației, unicitatea reglementării** în materie pe nivele normative și **evitarea paralelismelor** în procesul de legiferare, instituite potrivit art. 13, 14 și 16 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

9.1. În acest sens, semnalăm că **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare**, este actul normativ prin intermediul căruia se instituie măsuri privind promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții, care stabilește cadrul general în domeniul sănătății.

Astfel, această lege este o lege – cadru, care stabilește cadrul general și principiile de funcționare ale sistemului național de sănătate din România, reglementând structura, organizarea, finanțarea, serviciile medicale, rolul Ministerului Sănătății, al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) și al celorlalte instituții, asigurând dreptul la sănătate al cetățenilor, inclusiv al „pacienților oncologici”, ale căror „drepturi, protecție și servicii” se preconizează a fi reglementate prin prezenta propunere legislativă, fiind așadar un act normativ fundamental și nu unul ce aparține „*legislației sectoriale*”, astfel cum este prevăzut la **art. 175 alin. (1) lit. a)** din proiect.

Totodată, Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este **actul normativ de bază** care trasează direcțiile principale pentru întregul sistem de sănătate din România, de la nivel de strategie, până la cel de implementare, în toate componentele și aspectele sale, care definește autoritățile publice centrale (Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate) și locale (Direcțiile de Sănătate Publică), precum și structurile de specialitate, integrează sistemul informatic al asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv managementul cardului național de sănătate, reglementează furnizarea

serviciilor medicale, de la prevenție la tratament, stabilește **drepturile și obligațiile pacienților**, etc.

În acest sens, precizăm că, la **art. 6** din acest act normativ, sunt stabilite **principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică**, respectiv:

„a) prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile prin: 1. asigurarea imunizărilor; 2. controlul epidemiilor; 3. supravegherea bolilor; 4. supravegherea factorilor de risc comportamentali; 5. prevenirea accidentelor;

b) monitorizarea stării de sănătate prin: 1. monitorizarea indicatorilor stării de sănătate; 2. monitorizarea determinantilor stării de sănătate; 3. monitorizarea eficacității și eficienței activităților din domeniul sănătății publice; 4. evaluarea nevoilor populației privind serviciile de sănătate publică;

c) promovarea sănătății și educația pentru sănătate prin: 1. campanii de informare-educare-comunicare; 2. programe de educație pentru sănătate și promovare a sănătății în comunități; 3. dezvoltarea și implicarea comunităților locale; 4. pledoaria pentru sănătatea publică;

d) sănătatea ocupațională prin: 1. definirea standardelor de sănătate ocupațională; 2. controlul aplicării reglementărilor sănătății în muncă;

e) sănătatea în relație cu mediul prin: 1. monitorizarea factorilor de mediu în relație cu sănătatea; 2. reglementarea calității principalilor factori de mediu; 3. stabilirea normelor de igienă și sănătate publică comunitare; 4. controlul aplicării reglementărilor referitoare la calitatea factorilor de mediu;

f) reglementarea primară și secundară în domeniul sănătății publice prin: 1. elaborarea, revizuirea, adaptarea și implementarea legislației din domeniul sănătății publice; 2. reglementarea circulației bunurilor și serviciilor cu potențial impact asupra sănătății publice;

g) managementul sănătății publice bazat pe: 1. managementul politicilor, planificării și dezvoltării sistemului de sănătate publică; 2. formularea și implementarea politicilor de sănătate publică pe baze științifice; 3. cercetarea în domeniul sănătății publice și al sistemelor de sănătate; 4. colaborarea și cooperarea internațională în domeniul sănătății publice;

h) servicii de sănătate publică specifice: 1. servicii de sănătate școlară; 2. servicii de urgență în caz de dezastre și calamități; 3. servicii de laborator în domeniul sănătății publice; 4. servicii de planificare familială; 5. **servicii de screening pentru depistarea precoce a bolilor**; 6. servicii prenatale și postnatale, precum și servicii de

consiliere psihologică, postnatală; 7. servicii de consiliere în domeniul sănătății publice; 8. servicii de sănătate publică în transporturi; 9. servicii de sănătate destinate copiilor; 10. servicii de securitate transfuzională;

i) servicii medicale și tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice (TBC, HIV/SIDA, boli rare, cancer, diabet zaharat), precum și în cazul transplantului de organe, țesuturi sau celule”.

De asemenea, semnalăm că, în cuprinsul Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, un întreg titlu, respectiv **titlul VIII**, este rezervat reglementării **„Asigurărilor sociale de sănătate”**, deoarece acestea „reprezintă **principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați**”, sunt obligatorii și funcționează ca un sistem unitar, având ca obiective **„protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident”** și **„asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate”**, obiective la baza cărora stau următoarele principii: „a) alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări; b) solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor; c) alegerea liberă de către asigurați a furnizorilor de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru; d) descentralizarea și autonomia în conducere și administrare; e) participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate; f) participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate; g) acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat; h) transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate; i) libera concurență între furnizorii care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate” [art. 219 alin. (1) - (3)].

Totodată, potrivit **art. 220** din această lege, este reglementat **Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate**, care se constituie din **„contribuția de asigurări sociale de sănătate suportată de asigurați, din sumele care se distribuie fondului din contribuția asiguratorie pentru muncă**, conform art. 220¹ alin. (4) lit. d) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, **sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu**

deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, sumele provenite din protocoalele de acces timpuriu în rambursare, sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor Comisiei Europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la art. 81 și 82 din tratat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii”, și care este gestionat prin CNAS și prin casele de asigurări de sănătate.

În plus, la art. 221 alin. (1) lit. a) și c) din actul normativ menționat, sunt definite „*serviciile medicale*” ca fiind „*acele servicii nominalizate în pachetele de servicii, furnizate de către persoanele fizice și juridice, potrivit prezentului titlu*”, iar „*pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se aprobă prin hotărâre a Guvernului*”.

Totodată, la art. 229 alin. (1) și (2), este reglementat faptul că asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază, care se stabilesc pe baza contractului – cadru, elaborat de CNAS, avizat de Ministerul Sănătății și aprobat prin hotărâre a Guvernului.

Cu privire la acest aspect, prin raportare la domeniul de reglementare vizat de prezenta propunere legislativă, constatăm faptul că legiuitorul a instituit, la art. 224 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru anumite categorii de persoane vulnerabile din diferite motive (vârstă, handicap, arest preventiv, victime ale traficului de persoane, pensie, donatorii de celule stem hematopoietice, etc.), o excepție de la regula potrivit căreia doar asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază, respectiv aceea că persoanele enumerate limitativ beneficiază de asigurare, fără plata contribuției, în condițiile art. 154 din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, iar printre aceste persoane, la lit. f), regăsim și „bolnavii cu afecțiuni oncologice beneficiari de programe naționale de sănătate, până la vindecarea respectivei afecțiuni”, în condițiile Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare”.

Pe de altă parte, menționăm că, de lege lata, pachetele de servicii și contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate **sunt aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 521/2023**, cu modificările și completările ulterioare, fiind detaliate prin **Normele metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023** pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin **Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1877/2023**, cu modificările și completările ulterioare.

Precizăm că, potrivit prevederilor **art. 229 alin. (3)** din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pe lângă pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și pachetul de servicii minimal la care au dreptul persoanele neasigurate, Contractul-cadru reglementează și **coplata**, respectiv „suma care reprezintă **plata contribuției bănești a asiguratului**, în temeiul obligației prevăzute la **art. 231 lit. g)**, **pentru a putea beneficia de serviciile medicale din pachetul de servicii de bază, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**” (art. 221 alin. (1) lit. j) din respectiva lege).

De asemenea, semnalăm că Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este **actul normativ** care stabilește **cadrul general în domeniul sănătății**, inclusiv în ceea ce privește **programele naționale de sănătate**, care potrivit prevederilor **art. 9**, „reprezintă cadrul implementării obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice de către Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică”, „se adresează populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și prelungirea vieții de bună calitate” și „se adresează principalelor domenii de intervenție ale sănătății publice și răspund priorităților naționale identificate prin Strategia națională de sănătate”.

Astfel, menționăm că, potrivit prevederilor **art. 48 alin. (2)**, „Programele naționale de sănătate se adresează domeniilor de intervenție în sănătatea publică după cum urmează:

- a) **programe naționale de sănătate publică**, care au drept scop:
 - (i) **prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile;**
 - (ii) **monitorizarea stării de sănătate a populației;**
 - (iii) **promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos;**
 - (iv) **monitorizarea factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;**

(v) asigurarea serviciilor de sănătate publică specifice;
(vi) asigurarea tratamentului specific pentru TBC și HIV/SIDA;
(vii) realizarea procedurilor de transplant de organe, țesuturi sau celule;

(viii) **reducerea incidenței cancerului de col uterin și a altor afecțiuni asociate acestui virus prin vaccinare împotriva infecției cu HPV asigurată gratuit pentru fetele și băieții cu vârsta cuprinsă între 11 și 26 de ani, în condițiile prevăzute de art. 242 alin. (5) și (7) și, respectiv, prin screening pentru cancerul de col uterin în condițiile prevăzute la art. 221 alin. (1) lit. d) și art. 232 alin. (3⁴), cu respectarea prevederilor Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare;**

b) **programe naționale de sănătate curative**, care au drept scop **asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice**, altele decât TBC și HIV/SIDA și transplant de organe, țesuturi și celule, precum și acordarea de servicii medicale și servicii conexe pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist, potrivit structurii și obiectivelor stabilite conform art. 51 alin. (4)”.

Pe de altă parte, semnalăm că, la **art. 51 alin. (1), (4) și (5) din respectiva lege**, se prevede că „**programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății**, cu participarea CNAS”, că „**structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării se aprobă prin hotărâre a Guvernului**, la propunerea Ministerului Sănătății”, precum și faptul că „**normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate se aprobă după cum urmează:**

a) prin **ordin al ministrului sănătății** pentru programele naționale de sănătate publică;

b) prin **ordin al președintelui CNAS, cu avizul Ministerului Sănătății**, pentru programele naționale de sănătate curative”.

Menționăm că, la momentul avizării prezentei propuneri legislative, **programele naționale de sănătate sunt aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 423/2022**, cu modificările și completările ulterioare, care, la **art. 1 alin. (1) lit. g)**, enumeră **printre programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate din bugetul Ministerul Sănătății și „Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice”**.

De asemenea, precizăm că, potrivit prevederilor **anexei nr. 1** la acest act normativ, Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice are ca obiectiv „***Creșterea accesului populației la programe de screening organizate pe baze populaționale pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice***” (lit. A pct. VII), în structura sa regăsindu-se **subprogramele de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de col uterin, pentru cancerul de sân, precum și pentru cancerul colorectal.**

Totodată, semnalăm că, în temeiul art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022, cu modificările și completările ulterioare, prin **Ordinul ministrului sănătății nr. 964/2022**, cu modificările și completările ulterioare, au fost aprobate **Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică**, care la art. 15 alin. (1) reglementează **coordonarea, monitorizare și evaluarea implementării programelor naționale de sănătate publică la nivel național**, respectiv „se realizează de către **structura din cadrul Ministerului Sănătății cu atribuții în domeniul programelor naționale de sănătate**, în mod direct sau prin intermediul unităților naționale/regionale de asistență tehnică și management ale programelor naționale de sănătate publică, după caz”, iar la **alin. (2)** sunt enumerate respectivele UATM-uri.

Mai mult, în cuprinsul **anexei nr. 7** la Normele tehnice este dezvoltat **Programul național de screening organizat pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice**, prin indicarea *obiectivului* acestuia, a *unităților de asistență tehnică și management*, a *activităților*, a *indicatorilor de evaluare*, a *cheltuielilor eligibile*, a *criteriilor de selecție pentru includerea în lista unităților de specialitate care implementează programul*, a *listei respectivelor unități*, precum și a *beneficiarilor subprogramelor menționate supra*.

Pe de altă parte, precizăm că tot prin Hotărârea Guvernului nr. 423/2022, cu modificările și completările ulterioare, au fost aprobate și **programele naționale de sănătate curative**, care sunt derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

Prin intermediul acestor programe naționale de sănătate este asigurat accesul la tratament specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, **boli grave** și, implicit, costisitoare, pentru care, altfel, pacienții ar trebui să plătească sume foarte mari, acoperind afecțiuni precum cele **cardiovasculare**, **oncologice**, **diabet zaharat**, **neurologice**, **transplant**, **boli rare**, **endocrine**, **renale**, **hepatice**, și

altele, prin servicii de diagnostic și tratament de înaltă performanță, medicamente și dispozitive medicale esențiale.

Astfel, la **art. 1 alin. (2)** din actul normativ mai sus menționat, printre programele naționale de sănătate curative este enumerat și „**Programul național de oncologie**”, dar și **Programele naționale de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță, de PET-CT și de endometrioza**.

De asemenea, semnalăm că, în temeiul art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 423/2022, cu modificările și completările ulterioare, prin **Ordinul ministrului sănătății nr. 180/2022**, cu modificările și completările ulterioare, au fost aprobate **Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative**, care reglementează structura acestor programe naționale de sănătate finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, obiectivele, criteriile de eligibilitate stabilite de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum și unitățile sanitare prin care se derulează.

În acest sens, precizăm că **obiectivele Programului național de oncologie** sunt **tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare, diagnosticul și monitorizarea afecțiunilor hematologice maligne, radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice și diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne**, iar în **structura** sa sunt cuprinse următoarele **subprograme**: Subprogramul de **tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice**, Subprogramul de **reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare**, Subprogramul de **diagnostic și de monitorizare a afecțiunilor hematologice maligne prin imunofenotipare, examen citogenetic și FISH și examen de biologie moleculară**, Subprogramul de **radioterapie al bolnavilor cu afecțiuni oncologice**, Subprogramul de **diagnostic genetic al tumorilor solide maligne** și Subprogramul național de **testare genetică**.

Pe de altă parte, referitor la soluția legislativă preconizată la **art. 72**, potrivit căreia **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** este instituția publică autonomă, aflată în coordonarea Guvernului, responsabilă cu finanțarea, decontarea, administrarea și supravegherea mecanismelor financiare și operaționale aplicabile serviciilor oncologice, precizăm că, în conformitate cu prevederile **art. 276** din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, CNAS este instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, fiind **organ de specialitate al administrației**

publice centrale, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește **direcțiile de sănătate publică**, reglementate la **art. 92**, menționăm că, potrivit **art. 12** din această lege, acestea sunt servicii publice deconcentrate ale Ministerului Sănătății, cu personalitate juridică.

Față de aceste aspecte, relevăm că art. 16 alin. (1) din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prevede că *„În procesul de legiferare este interzisă instituirea aceluiași reglementări în mai multe articole sau alineate din același act normativ ori în două sau mai multe acte normative. Pentru sublinierea unor conexiuni legislative se utilizează norma de trimitere”*.

În concluzie, precizăm că aspectele enumerate *supra* sunt doar o parte din componentele sistemului de sănătate reglementate prin **legea cadru în domeniu**, respectiv Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, și că, prin prezentul aviz, nu a fost posibilă decât abordarea la nivel de principiu și doar a unora dintre aspectele care constituie realitățile sociale ce se intenționează a fi reglementate prin normele propuse.

9.2. O altă lege care reglementează la modul general drepturile pacienților, inclusiv ale pacienților oncologici, și pe care inițiatorul o încadrează tot în „**legislația sectorială**” la art. 175 alin. (1) lit. b) din prezenta propunere legislativă, este Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare.

9.3. În plus, precizăm că, din **anul 2022**, există în legislația națională un act normativ prin care a fost aprobat **Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România pentru perioada 2023 - 2030**, principalul document de politică publică ce fundamentează măsurile de prevenire și combatere a cancerului la nivel național, respectiv Legea nr. 293/2022 privind prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările ulterioare.

Menționăm că, **inclusiv obiectivele și măsurile de aplicare a respectivului Plan se realizează în condițiile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare**.

De asemenea, **Ministerul Sănătății**, în calitate de autoritate centrală în domeniul sănătății publice, este responsabil de **planificarea, inițierea, coordonarea, monitorizarea și evaluarea tuturor măsurilor necesare pentru prevenirea și combaterea cancerului**, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Finanțelor sunt responsabile de îndeplinirea măsurilor cuprinse în anexa la **Legea nr. 293/2022, cu modificările ulterioare**.

Astfel, potrivit prevederilor **art. 4 alin. (1)** din această lege, „**Toți cetățenii români care se află pe teritoriul României, au domiciliul sau reședința în România, cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ai Spațiului Economic European și cetățenii Confederației Elvețiene, precum și străinii și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România au dreptul garantat de stat la serviciile de natură medicală, socială și de susținere psihologică cuprinse în Planul național de prevenire și combatere a cancerului,** după cum urmează:

a) servicii medicale de prevenire, diagnostic și tratament al cancerului;

b) servicii de îngrijire, inclusiv îngrijiri paliative;

c) servicii de psihooncologie, onconutriție și oncofertilitate;

d) servicii sociale și indemnizații lunare de hrană”.

De asemenea, la art. 5 alin. (1) se stabilește faptul că „Planul național de prevenire și combatere a cancerului în România se **finanțează** de la **bugetul de stat prin bugetul Ministerul Sănătății și din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)**, după caz, conform prevederilor art. 58 și ale art. 271 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. **Suma aprobată anual pentru finanțarea planului național reprezintă cel puțin 20% din totalul fondurilor aprobate pentru desfășurarea programelor de sănătate la nivel național de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)**”.

9.4. Pe lângă actele normative de punere în aplicare a dispozițiilor Legii nr. 95/2006 menționate la **pct. 9.1. supra**, amintim și **Hotărârea Guvernului nr. 663/2023 privind înființarea Registrului Național de Cancer**, ce reprezintă sistemul informațional și informatic de înregistrare nominală a cazurilor noi de cancer pentru colectarea, stocarea și managementul datelor bolnavilor diagnosticați cu cancer, pe baze populaționale.

Având în vedere că, la momentul avizării prezentului proiect, **respectivele acte normative sunt în vigoare**, precizăm că, **în lipsa unei dispoziții exprese de abrogare** a dispozițiilor normative avute în vedere de către inițiator pentru abrogare, **promovarea propunerii legislative, în forma actuală, va conduce la un paralelism de reglementare**, aspect interzis de dispozițiile art. 16 alin. (1) - (3) din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora, în cazul existenței unor paralelisme, acestea vor fi înlăturate fie prin abrogare, fie prin concentrarea materiei în reglementări unice.

Semnalăm că, **dispoziția de abrogare** prevăzută la **art. 177 alin. (4)** din prezenta propunere legislativă, prin utilizarea formulării „*orice dispoziții contrare se abrogă*”, este contrară dispozițiilor art. 65 alin. (3) din legea menționată *supra*, potrivit căreia „*în vederea abrogării, dispozițiile normative vizate trebuie determinate expres, începând cu legile și apoi cu celelalte acte normative, prin menționarea tuturor datelor de identificare a acestora*”.

Cu privire la art. 16 din Legea nr. 24/2000, Curtea Constituțională, reiterând jurisprudența anterioară, a statuat că „*ori de câte ori există o dublare sau o suprapunere între diverse soluții sau ipoteze normative cuprinse în două sau mai multe articole ori legi, se constată existența unui paralelism legislativ contrar art. 1 alin. (5) din Constituție*”².

În considerarea celor de mai sus, semnalăm că, în formularea propusă, normele preconizate prin prezentul proiect nu respectă dispozițiile art. 13 și 15 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la integrarea propunerii legislative în ansamblul legislației și reglementările derogatorii, **fiind în contradicție cu actualele reglementări în domeniu**, astfel cum am arătat *supra*.

Mai mult, precizăm că instituirea unei astfel de soluții legislative este susceptibilă de a încălca principiul egalității în drepturi, consacrat de dispozițiile **art. 16 alin. (1) din Constituția României**, republicată, potrivit căreia cetățenii sunt egali în fața legii și a autorităților publice, fără privilegii și fără discriminări.

Semnalăm că, în actuala redactare, soluția legislativă propusă **va genera discriminare** între diferitele categorii de persoane diagnosticate cu afecțiuni cronice severe și care **nu au o lege-cadru „specială”, care să le reglementeze respectivele afecțiuni, precum și „drepturile, protecția și serviciile acordate”** și căreia li s-ar aplica dispozițiile de drept comun în materie, încălcându-se astfel principiile nediscriminării și egalității de șanse.

Însă, având în vedere că, în lipsa stabilirii raporturilor dintre **coplata** reglementată potrivit prevederilor **art. 229 alin. (3) din Legea nr. 95/2006**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și **noua „contribuție financiară”** preconizată a fi instituită prin prezenta propunere legislativă, se deduce că, pentru pacienții oncologici, se aplică ambele contribuții și, în aceste condiții, nu este suficient de clar care este beneficiul adoptării prezentei „legi-cadru” în comparație cu legislația aplicabilă în vigoare, cu atât mai mult cu cât, *de lege lata*,

² Decizia Curții Constituționale nr. 242/2020, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 578 din 1 iulie 2020.

bolnavii cu afecțiuni oncologice beneficiază de programe naționale de sănătate, până la vindecarea respectivei afecțiuni, în condițiile Legii nr. 293/2022 pentru prevenirea și combaterea cancerului, cu modificările și completările ulterioare, **indiferent dacă sunt sau nu asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate**.

10. Menționăm că prezenta propunere legislativă nu întrunește cerințele Legii nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit căreia tehnica legislativă asigură sistematizarea, unificarea și coordonarea legislației, precum și **conținutul și forma juridică adecvate pentru fiecare act normativ**, iar normele de tehnică legislativă definesc **părțile constitutive ale actului normativ, structura, forma și modul de sistematizare a conținutului acestuia**, procedeele tehnice privind modificarea, completarea, abrogarea, publicarea și republicarea actelor normative, precum și **limbajul și stilul actului normativ**, fiind **obligatorii** la elaborarea proiectelor de acte normative, cu toate că în cuprinsul Expunerii de motive, există un capitol care analizează, la modul declarativ, „*Compatibilitatea proiectului de lege cu Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă*”.

Precizăm că, pentru a asigura legislației interne o cât mai bună înțelegere și implicit o aplicare corectă, este esențial ca redactarea acesteia să fie una de calitate. Referitor la acest aspect, menționăm că, potrivit art. 6 alin. (1) teza I din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, „*Proiectul de act normativ trebuie să instituie reguli necesare, suficiente și posibile care să conducă la o cât mai mare stabilitate și eficiență legislativă. [...]*”.

Cu privire la aceste aspecte, Curtea Constituțională s-a pronunțat în mai multe rânduri³, statuând că „*una dintre cerințele principiului respectării legilor vizează calitatea actelor normative*” și că „*respectarea prevederilor Legii nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative se constituie într-un veritabil criteriu de constituționalitate prin prisma aplicării art. 1 alin. (5) din Constituție*”.

Totodată, menționăm că, astfel cum a fost dezvoltat în jurisprudența Curții Constituționale⁴, Curtea a reținut că principiul legalității presupune existența unor norme de drept intern suficient de

³ A se vedea paragraful 35 din Decizia Curții Constituționale nr. 22/2016 care trimite la Decizia nr. 1 din 10 ianuarie 2014, Decizia nr. 17 din 21 ianuarie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 79 din 30 ianuarie 2015, paragrafele 95 și 96.

⁴ A se vedea, în acest sens, spre exemplu, Decizia nr. 193 din 6 aprilie 2022, paragraful 23, Decizia nr. 189 din 2 martie 2006, sau Decizia nr. 26 din 18 ianuarie 2012.

accesibile, precise și previzibile în aplicarea lor, conducând la caracterul de *lex certa* al normei. Legiuitorului îi revine obligația ca, în actul de legiferare, indiferent de domeniul în care își exercită această competență constituțională, să dea dovadă de o atenție sporită în respectarea acestor cerințe, concretizate în claritatea, precizia și predictibilitatea legii⁵.

În acest sens, precizăm următoarele:

a) La **titlu**, semnalăm că legea română produce efecte doar pe teritoriul României;

b) Subliniem că **preambulul** este specific ordonanțelor de urgență și, în anumite situații, hotărârilor Guvernului, iar **nu legilor**;

c) Menționăm că nu este clar, astfel cum am arătat și la **pct. 9 supra**, care sunt raporturile dintre prezenta propunere legislativă și dispozițiile **Legii nr. 46/2003**, cu modificările și completările ulterioare, întrucât la **art. 3 alin. (4)** se precizează că „Pentru aspectele nereglementate expres prin prezenta lege, **se aplică în mod corespunzător legislația în vigoare privind drepturile pacientului, organizarea și funcționarea sistemului de sănătate și finanțarea serviciilor medicale**”, la **art. 7 alin. (1)** că „prevederile prezentei legi **se aplică** cu respectarea și **în completarea** dispozițiilor Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare”, în timp ce la **alin. (3)** al aceluiași articol se prevede că „dispozițiile prezentei legi **au caracter de norme speciale** în raport cu prevederile Legii nr. 46/2003”.

Această observație este valabilă și în ceea ce privește raporturile cu dispozițiile **Legii nr. 95/2006**, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

d) Referitor la normele de trimitere redată sub forma „potrivit legislației în vigoare privind sănătatea, asistența socială și asigurările sociale de sănătate”, „potrivit legislației privind colectarea creanțelor fiscale”, precizăm că, prin gradul mare de generalitate, nu asigură claritatea și precizia normei, fiind contrare prevederilor art. 50 alin. (2) și (3) din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

e) Semnalăm și redarea neunitară a unor sintagme. Ca exemplu, „Registrul Național al Pacienților Oncologici” este redat și în forma abreviată „RNPO”, „Sistemul Național Digital de Oncologie” este redat și sub forma „SNDO”, „Casa Națională de Asigurări de Sănătate” este scrisă și „CNAS”, etc.

⁵ A se vedea Decizia nr. 845 din 18 noiembrie 2020, paragraful 92.

Astfel, precizăm că, pentru folosirea formelor abreviate, este necesar ca, la prima utilizare a sintagmelor respective, să fie redată formele *in extenso*, urmate de expresia „denumite în continuare ...”, iar ulterioară fie utilizate numai denumirile propuse.

De asemenea, semnalăm și faptul că denumirea unor organisme este prezentată abreviat în cadrul unor paranteze, fapt ce contravine normelor de tehnică legislativă.

f) La **art. 4 alin. (1) lit. b)**, semnalăm că noțiunea definită, respectiv „alerte digitale obligatorii”, nu este utilizată în corpul legii, care, în schimb, folosește termeni și expresii precum „alerte”, „notificări”, „alerte timpurii” și „mecanisme automate de alertare”.

La **lit. c)**, norma preconizată definește două noțiuni într-una singură: „audit digital/jurnal de audit”, fapt ce va genera confuzii în aplicarea actului normativ.

La **lit. m)**, semnalăm că expresia „utilizat pentru cercetare, prevenție, politici publice, inovare și analize epidemiologice, la care SNDO se aliniază progresiv” este superfluă. Observația este valabilă, în mod corespunzător, și pentru **lit. n)**, cu referire la sintagma „în condițiile normelor metodologice”, cu atât mai mult cu cât nu este clar despre ce norme metodologice este vorba.

La **lit. o)**, semnalăm lipsa de corelare terminologică între expresia definită, respectiv „furnizor IT **acreditat**”, și conținutul definiției, care face referire la „**autorizată** de Ministerul Sănătății”.

De asemenea, definiția face vorbire despre „soluții **software ori hardware** integrate în SNDO”, în vreme ce **art. 114** se referă la „soluții software utilizate în cadrul SNDO”.

Pe de altă parte, semnalăm că expresia definită, respectiv „furnizori IT **acreditați**”, nu este utilizată ca atare în proiect.

La **lit. q)**, semnalăm că nici expresia „incident de securitate cibernetică” nu este folosită în cuprinsul proiectului, fiind utilizați termenul „incident” și expresiile „incident de securitate” și „incident cibernetic”.

La **lit. s)**, menționăm că definiția preconizată este lipsită de claritate, cu atât mai mult cu cât noțiunile folosite sunt redată greșit sau sunt incomplete, respectiv **Sistemul Informatic Unic Integrat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumit în continuare SIUI, Dosarul Electronic de Sănătate, registrele clinice de specialitate, bazele de date ale direcțiilor de sănătate publică.**

La **lit. ao)**, întrucât definiția vizează standarde consacrate la nivel internațional, considerăm că aceasta este superfluă și trebuie eliminată.

De altfel, proiectul face referire și la alte standarde internaționale, pe care însă nu le definește.

De asemenea, semnalăm că formularea preconizată pentru **alin. (2)** este improprie stilului normativ.

g) La **art. 7**, menționăm că actul normativ invocat în text trebuia redat corect, astfel: „**Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare**”.

Totodată, precizăm că titlurile actelor normative se redau doar la prima menționare a acestora, ulterior urmând a fi evidențiată doar natura intervențiilor legislative suferite de acestea.

Aceste observații sunt valabile și pentru normele de trimitere la Legea nr. 95/2006, care **a fost republicată** și, ca atare, acest aspect trebuie menționat atunci când se invocă acest act normativ.

În plus, semnalăm că formularea preconizată pentru **alin. (4)**, respectiv „*Actele normative subsecvente aplicării Legii nr. 46/2003 se armonizează cu prevederile prezentei legi, potrivit procedurilor și termenelor prevăzute de legislația în vigoare pentru adoptarea reglementărilor necesare punerii în aplicare a acesteia*” este **ambiguă, are caracter declarativ și nu reprezintă o veritabilă normă juridică**.

Această observație este valabilă, în mod corespunzător, și pentru **art. 8 alin. (4)**.

h) Precizăm că normele preconizate pentru **art. 9** reprezintă, în fapt, **principii generale reglementate de Legea nr. 24/2000**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt aplicabile tuturor actelor normative, întrucât „**Normele de tehnică legislativă sunt obligatorii la elaborarea proiectelor de lege de către Guvern și a propunerilor legislative aparținând deputaților, senatorilor sau cetățenilor, în cadrul exercitării dreptului la inițiativă legislativă, la elaborarea și adoptarea ordonanțelor și hotărârilor Guvernului, precum și la elaborarea și adoptarea actelor normative ale celorlalte autorități cu asemenea atribuții**” [art. 3 alin. (1)] și **nu se menționează în cuprinsul proiectelor**.

Reiterăm această observație pentru toate situațiile similare din proiect.

i) La **art. 23 alin. (1)**, semnalăm că **nu este clară obligația** care se instituie în sarcina pacientului oncologic, respectiv aceea „*de a furniza, în mod corect și complet, informațiile necesare stabilirii diagnosticului, planului terapeutic și monitorizării medicale*”, întrucât din formularea propusă reiese că stabilirea diagnosticului și a planului terapeutic, precum și monitorizarea ulterioară se fac, exclusiv, pe baza informațiilor furnizate de către pacient.

Această observație este valabilă, în mod corespunzător, și pentru **art. 24 alin. (1)**, cu referire la expresia „în măsura posibilului”, care este la fel de ambiguă, precum și pentru **art. 26 alin. (1) și (4)**.

j) La **art. 26**, precizăm că norma generică privind incidența răspunderii „*potrivit legislației civile, contravenționale, penale sau contractuale aplicabile*”, din cuprinsul **alin. (4)** nu este necesară și trebuie eliminată, ca superfluă.

Observația este valabilă pentru **toate situațiile similare din proiect**, inclusiv pentru acele norme, cum ar fi cea din cuprinsul **art. 27 alin. (5)**, care prevăd, generic, sancționarea nerespectării unor obligații „*potrivit prezentei legi și legislației aplicabile, inclusiv contravenționale, administrative, disciplinare sau contractuale*”.

k) În ceea ce privește ansamblul normelor sancționatorii din cuprinsul proiectului, semnalăm că acestea nu au în vedere principiile aplicabile în cazul fiecărui tip de răspundere, fără a se face în mod clar distincția între răspunderea disciplinară, răspunderea administrativă și răspunderea contravențională.

Astfel, nerespectarea anumitor obligații este subsumată denumirii generice de „abatere” sau „abatere gravă”, prevăzându-se sancțiuni specifice mai multor tipuri de răspundere, precum și măsuri care nici nu pot fi calificate drept „sancțiuni”, cum ar fi „sesizarea organelor competente, dacă fapta întrunește elementele unei infracțiuni”.

Precizăm că acest tip de reglementare, care nu îndeplinește cerințele de claritate, previzibilitate și accesibilitate, se regăsește în reglementările propuse la **art. 28, 48, 49, 91, 136, 137, 155, 157 - 159, și art. 160 alin. (6)**.

Ca urmare, în formularea propusă, respectivele norme generează confuzie și nu pot fi aplicate.

l) Referitor la coplata instituită prin prezenta propunere legislativă, în plus față de cele menționate la **pct. 9 supra**, semnalăm și faptul că deși la **art. 30** se reglementează **plafonul anual al coplății**, diferențiat în funcție de complexitatea serviciilor oncologice, necesitatea tratamentelor, frecvența investigațiilor și particularitățile clinice individuale, și se stabilește că **după depășirea acestui plafon pacientul oncologic este scutit automat de la plata coplății pentru toate serviciile medicale oncologice furnizate până la sfârșitul anului calendaristic în curs, indiferent de volumul, frecvența sau valoarea acestora**, la **art. 36** se face referire la un **plafon absolut anual**, distinct de plafonul general prevăzut la art. 30, indiferent de numărul, frecvența sau valoarea acestor proceduri, stabilindu-se că **după depășirea acestui plafon pacientul oncologic este scutit**

integral de la plata coplății pentru toate procedurile oncologice cu costuri deosebite furnizate în cursul aceluiași an calendaristic.

Acest aspect, generează și mai multă confuzie în ceea ce privește acest nou concept, nefiind clar de ce este nevoie de două plafoane atâta timp cât, indiferent de situație, atingerea unuia dintre aceste plafoane atrage, în mod automat, scutirea integrală a pacientului oncologic de la orice plată determinată de serviciile sau procedurile oncologice de care are nevoie acesta.

Referitor la **teza finală** din cadrul **art. 30 alin. (4)**, precizăm că **nulitatea absolută** privește un act juridic, prin nerespectarea condițiilor de validitate care ar fi trebuit avute în vedere la perfectarea acestuia, iar nu o sumă de bani.

Pentru identitate de rațiune, observația este valabilă și pentru **art. 31 alin. (4) teza finală**.

m) La **art. 42 alin. (3)**, ar fi fost necesar ca textul să menționeze expres **derogarea** de la cadrul fiscal general, respectiv **Legea nr. 207/2015 – Codul de procedură fiscală** și **Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice**, în acord cu care creanțele bugetare se pot recupera inclusiv cu dobânzi și penalități.

n) În raport de **Capitolul III**, din perspectivă strict bugetară, coplata de maximum 5% aduce venituri marginale la CNAS, în timp ce scutirile pentru pacienții vulnerabili implică ca bugetul public să suporte integral costul serviciilor oncologice, fără reducerea semnificativă a cheltuielilor bugetare existente, astfel cum susține inițiatorul în cuprinsul Expunerii de motive.

o) La **art. 51 alin. (3)**, expresia „sănătate electronică” este improprie limbajului juridic de specialitate, iar sintagma „în conformitate cu dispozițiile prezentei legi” este superfluă.

Pe de altă parte, Registrul Național al Pacienților Oncologici (RNPO) nu funcționează „în conformitate cu dispozițiile” Regulamentului general privind protecția datelor și ale Legii nr. 190/2018, ci „cu respectarea prevederilor” acestora. Totodată, trimiterea la actele normative menționate trebuia făcută sub forma „Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și ale Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice

în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), cu modificările ulterioare”.

Referitor la expresia „legislației sanitare aplicabile”, menționăm că aceasta este lipsită de precizie și previzibilitate, fără indicarea expresă a normelor avute în vedere.

La **alin. (4)**, recomandăm ca expresia „securității informatice” trebuia redată sub forma „securității **cibernetice**”. Observația este valabilă și pentru celelalte situații similare din proiect.

p) În ceea ce privește dispozițiile referitoare la RNPO, prevăzute în **art. 52 și următoarele**, se constată că acestea instituie, în mod necorelat, o dublă delegare normativă către acte subsecvente diferite, cu risc de suprapunere și contradicții.

Astfel, **art. 52 alin. (3)** atribuie ordinului ministrului sănătății stabilirea „standardelor de interoperabilitate”, a „procedurilor de utilizare” și a „mecanismelor de audit și control”, în timp ce **art. 55 alin. (2)** trimite la normele metodologice aprobate prin hotărâre a Guvernului pentru stabilirea „standardelor deschise și protocoalelor tehnice” pentru interoperabilitate, iar **art. 57 alin. (4)** trimite, de asemenea, la normele metodologice pentru stabilirea „modalităților concrete de acces, interogare, actualizare și audit”.

În aceste condiții, prin lipsa de corelare a textelor și de delimitare expresă a sferei de reglementare a fiecărui act subsecvent - de regulă, norme metodologice aprobate prin hotărâre a Guvernului pentru proceduri operaționale și fluxuri instituționale și ordin al ministrului pentru specificații tehnice și standarde – ne aflăm în prezența unei dublări a reglementării pe aceleași elemente (interoperabilitate, acces și audit), aspect ce afectează previzibilitatea și coerența aplicării normelor propuse.

De asemenea, la **alin. (4)**, semnalăm că expresia „din fonduri ale INSP” este lipsită de precizie și previzibilitate.

Referitor la finanțarea Institutului, a se vedea Hotărârea Guvernului nr. 932/2022 pentru organizarea și funcționarea Institutului Național de Sănătate Publică și pentru aprobarea înființării unor activități finanțate integral din venituri proprii.

q) La **art. 54 alin. (4)**, semnalăm că soluția potrivit căreia „diagnosticarea unui caz de cancer este completă numai după raportarea acestuia în Registru” condiționează un act medical (diagnosticul), care este o concluzie stabilită potrivit regulilor medicale, de îndeplinirea unei obligații de raportare, și nu poate fi pusă în aplicare, în formularea propusă.

r) La **art. 55 alin. (5)**, precizăm că norma este lipsită de precizie prin utilizarea expresiei „loguri informatice”.

Această observație este valabilă, în mod corespunzător, și pentru **art. 66 alin. (1) lit. e)**, cu referire la expresia „ratele de completitudine”, având în vedere că potrivit Dicționarului Explicativ al Limbii Române, singurul sens al termenului „completitudine” este acela de „**proprietate a unui sistem ipotetic-deductiv în care orice propoziție supusă regulilor de deducție poate fi demonstrată**”.

s) Cu referire la înființarea **Comisiei Naționale de Oncologie**, astfel cum se preconizează la **art. 76**, precizăm că, potrivit prevederilor art. 24 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, *„În scopul elaborării, integrării, corelării și monitorizării de politici publice, **Guvernul poate constitui consilii, comisii și comitete interministeriale**”*.

În plus, menționăm că, în conformitate cu dispozițiile **art. 77** din proiect, componența nominală, numărul total de membri, criteriile de selecție, procedura de numire și durata mandatului vor fi aprobate prin ordin al ministrului sănătății.

Față de acest aspect, apreciem că, prin normele referitoare la această comisie, **Parlamentul își depășește atribuțiile, intrând în sfera de reglementare a Guvernului**.

ș) La **art. 101 alin. (2) lit. f)**, formularea „infrastructurile digitale prevăzute de legislația europeană aplicabilă” este insuficient determinată, ceea ce face ca norma să fie lipsită de precizie și previzibilitate.

La **alin. (4) teza întâi**, care instituie obligația utilizării SNDO și pentru „toate entitățile contractate cu CNAS sau cu alte instituții publice finanțatoare”, formularea, prin caracterul generic și nedeterminat, prezintă riscul extinderii nejustificate a sferei subiectelor obligate să utilizeze SNDO dincolo de furnizorii de servicii oncologice și de entitățile care au obligații de raportare.

La **alin. (4) teza a doua**, referitor la formularea generică „Nerespectarea obligației de utilizare atrage răspunderea contravențională”, semnalăm că prevederile referitoare la constatarea și sancționarea contravențiilor sunt prevăzute în Capitolul VIII Secțiunea a 2-a. Observația este valabilă, în mod corespunzător, și pentru celelalte situații similare din proiect.

t) **Alin. (3) al art. 102** prevede că Ministerul Sănătății „elaborează și aprobă, prin ordin, normele tehnice” privind, printre altele, securitatea cibernetică și procedurile de interoperabilitate cu SIUI,

sistemele CNAS, registrele clinice și bazele de date ale DSP, în vreme ce **art. 169 alin. (2) lit. f)** include în sfera normelor metodologice care se aprobă prin hotărâre a Guvernului și „regulile de interoperabilitate digitală și securitate informatică”.

Prin urmare, în lipsa delimitării exprese între cele două niveluri de reglementare, există risc de dublă reglementare - hotărâre a Guvernului versus ordin - pe aceeași materie (interoperabilitate și securitate cibernetică).

ț) La **art. 103 alin. (1), lit. b) și g)** utilizează noțiuni generice și insuficient determinate - „platforma națională de e-health”, respectiv „platformele europene de raportare epidemiologică, în condițiile legislației europene aplicabile” - fără definire sau trimitere normativă precisă, ceea ce afectează previzibilitatea obligației de interoperabilitate.

La **alin. (3) teza a doua**, sintagma „au obligația suplimentară de a garanta raportarea în timp real sau în termenele stabilite prin normele metodologice” este imprecisă și susceptibilă de interpretări neunitare, întrucât verbul „a garanta” instituie o obligație de rezultat dificil de conciliat cu regimul de continuitate operațională și funcționare în regim offline prevăzute la **art. 115**.

În ceea ce privește **alin. (4)**, semnalăm că acesta este superfluu, întrucât regimul sancționator este prevăzut în Capitolul VIII Secțiunea a 2-a.

La **alin. (5)**, formularea potrivit căreia „Ministerul Sănătății poate introduce, prin ordin, standarde internaționale suplimentare, pe măsura adoptării acestora la nivel european sau global” este generică și nu asigură precizie și previzibilitate sub aspectul obligațiilor tehnice ce se pot institui în sarcina utilizatorilor SNDO. Sintagma „introduce standarde internaționale” este improprie din perspectivă juridică, întrucât standardele internaționale nu pot fi „introduse” ca atare prin ordin, ci cel mult poate fi stabilită obligativitatea utilizării unor standarde determinate în cadrul normelor tehnice.

Totodată, expresia „adoptării acestora la nivel european sau global” este lipsită de precizie și previzibilitate, întrucât nu precizează cadrul juridic ori mecanismul de adoptare avut în vedere, cu consecința unei delegări excesiv de largi și a riscului de modificare arbitrară a cerințelor.

u) La **art. 104 alin. (2) lit. a)**, pentru precizia normei, sintagma „centrelor regionale” trebuia redată sub forma „centrelor **oncologice** regionale”, observație valabilă și pentru celelalte situații similare din proiect. Totodată, semnalăm că expresia „altor furnizori de date” este

lipsită de precizie și previzibilitate în ceea ce privește titularii cărora li se acordă drepturi de acces la raportare în cadrul SNDO.

La **lit. e)**, norma este lipsită de claritate prin utilizarea expresiei „acces (...) de reglementare”. În acest sens, precizăm că „reglementarea” este o funcție normativă, nu o funcție care, prin ea însăși, justifică accesul la date medicale.

v) La **art. 105 alin. (3)**, sintagma „entități independente certificate” este neclară și, ca atare, lipsită de previzibilitate, întrucât nu se poate determina cine certifică, ce anume se certifică și în baza cărui temei legal se realizează această „certificare”.

w) La **art. 106 alin. (1) lit. e)**, pentru unitate terminologică cu legislația în domeniul sănătății, expresia „Dosarul Electronic al Pacientului” trebuia redată sub forma „Dosarul Electronic de Sănătate”.

La **alin. (4)**, cuvântul „toate” din debutul textelor propuse la **lit. a) - d)** este de prisos.

x) La **art. 107 alin. (2)**, expresiile „alerte timpurii” și „variații neobișnuite” sunt formulate generic și nu permit aplicarea previzibilă și uniformă a mecanismului de alertare, întrucât lipsesc pragurile și metodologia de detecție. Recomandăm stabilirea, prin trimiterea la normele tehnice/metodologice, a procedurii de alertare, astfel încât să poată fi asigurată corelarea cu regimul „alertelor digitale obligatorii” generate automat de SNDO.

y) La **art. 110 alin. (6)**, sintagma „abatere materială” nu este definită și nu este utilizată în economia proiectului. Este necesară înlocuirea cu o calificare consacrată în proiect și corelarea cu regimul sancționator aplicabil.

z) La **art. 112 alin. (4)**, dreptul pacientului de a primi notificări automate nu asigură exercitarea efectivă a dreptului pentru pacienții care nu utilizează tehnologia informatică, în condițiile în care accesul este reglementat prin platforma publică, potrivit alin. (3). Se impune completarea textului cu soluții alternative de informare (la cererea pacientului și/sau în caz de imposibilitate tehnică), după modelul art. 46, astfel încât lipsa utilizării platformei să nu conducă la golirea de conținut a dreptului pacientului la informare.

aa) La **art. 113**, formulări de tip „în conformitate cu regulamentele, directivele și standardele europene aplicabile” și „reglementate de legislația europeană aplicabilă” sunt prea generale și nu oferă claritate și precizie normei.

La **alin. (4)**, expresia „analitica de sănătate publică” este improprie limbajului juridic de specialitate și nu este definită în proiect, ceea ce afectează claritatea și previzibilitatea normei.

ab) Referitor la **art. 139**, întrucât finanțarea serviciilor medicale oncologice prevăzute de lege se realizează din surse publice centrale și locale (bugetul Ministerului Sănătății, FNUASS și bugetele autorităților locale), apreciem necesar ca acestea să fie gestionate strict **conform destinației legale**, cu respectarea **principiilor legalității, transparenței și eficienței**, precum și implementarea mecanismelor de control intern și raportare periodică, pentru a proteja aceste fonduri publice vitale și a asigura continuitatea serviciilor oncologice pentru pacienți.

În acest sens, **sunt incidente dispozițiile din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice**, precum și cele din **Legea nr. 273/2006 privind finanțele publice locale**, care prevăd modul de planificare, executare și control al cheltuielilor publice, precum și responsabilitățile autorităților în gestionarea fondurilor publice.

ac) La **art. 144 alin. (4) lit. b)**, semnalăm că norma de trimitere este mult prea generală, fiind lipsită de precizie. Astfel, ar fi trebuit ca trimiterea să se facă numai la articolele care fac referire la încheierea contractelor.

Reiterăm observația pentru toate situațiile similare în care se face trimitere la mai multe articole.

ad) În ceea ce privește **răspunderea contravențională**, precizăm că reglementarea cuprinsă în **art. 156** trebuie reanalizată, sub următoarele aspecte:

1. La partea introductivă a alin. (1), pentru corectitudinea reglementării și pentru uniformitate normativă, textul trebuia redat, astfel:

„(1) Următoarele fapte constituie contravenții în domeniul oncologic, dacă nu au fost săvârșite în astfel de condiții încât, potrivit legii penale, să fie considerate infracțiuni:”.

2. La alin. (2), pentru uniformitatea reglementării, expresia „între 5.000 lei și 100.000 lei” trebuia redată sub forma „de la 5.000 lei la 100.000 lei”.

În plus, expresia „în funcție de gravitate și consecințe” este superfluă, întrucât criteriile de individualizare a sancțiunilor contravenționale sunt prevăzute în cuprinsul art. 21 alin. (3) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările și completările ulterioare.

3. La alin. (3), precizăm că, potrivit art. 15 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001, constatarea contravențiilor și aplicarea sancțiunilor se fac de către **persoanele** anume prevăzute în actul normativ, numite în mod generic „agenți constatatori”, și nu de către anumite autorități sau organe.

De asemenea, menționăm că referirea generică la „alte instituții competente potrivit legii” nu îndeplinește cerințele de claritate și previzibilitate, fiind necesar ca norma să stabilească în mod expres categoriile de persoane care sunt agenți constatatori ai contravențiilor.

4. În plus, din proiect lipsește norma necesară privind aplicarea dispozițiilor reglementării-cadru în materie, respectiv **Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările și completările ulterioare.**

ae) La art. 169, precizăm că actele normative produc efecte de la data intrării acestora în vigoare, iar nu de la publicare.

af) La art. 170 alin. (1), derogarea este formulată în termeni generali, fără determinarea expresă a dispozițiilor legale de la care se derogă. O asemenea formulare **nu asigură suficientă precizie și previzibilitate**, întrucât nu permite identificarea normelor incidente și a întinderii exacte a derogării. Derogarea trebuie să vizeze, în mod explicit, prevederi concrete (articole/alineate) din actele normative aplicabile.

Totodată, semnalăm că nu se poate deroga, prin lege, de la „regulamente CNAS” ori de la „proceduri informatice”, întrucât acestea nu constituie norme juridice de același nivel cu legea (în sensul raportului de derogare), iar „procedurile informatice” nu reprezintă, prin natura lor, obiect al derogării normative, ci instrumente tehnice de implementare. În măsura în care cadrul legal nou instituit impune modificarea condițiilor de raportare, validare ori decontare, soluția adecvată este adaptarea/actualizarea regulamentelor CNAS, precum și a fluxurilor informatice aferente, în concordanță cu actul normativ de nivel superior, prin actele subsecvente (norme metodologice sau tehnice), nu prin consacrarea unei „derogări” generale față de acestea.

În acest sens, semnalăm că, prin instituirea unor derogări de la regulamentele CNAS și de la procedurile informatice existente, se încalcă prevederile art. 63 din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit căreia *„Derogarea se poate face numai printr-un **act normativ de nivel cel puțin egal cu cel al reglementării de bază**”*.

La **alin. (2) lit. a)**, formularea „orice prevedere contrară referitoare la SIUI și DES (...) nu se aplică în domeniul oncologic” este susceptibilă de interpretări care intră în conflict cu prevederile art. 103 alin. (1) lit. a), care instituie obligația ca SNDO să fie interoperabil cu SIUI.

ag) La art. 171 alin. (2) și (3), este de analizat menținerea soluțiilor propuse, deoarece potrivit art. 13 lit. b) din Legea nr. 24/2000, republicată, cu modificările și completările ulterioare, *„proiectul de act normativ, întocmit pe baza unui act de nivel superior, nu poate depăși limitele competenței instituite prin acel act și nici nu poate contraveni principiilor și dispozițiilor acestuia”*.

ah) La art. 173 alin. (1), precizăm că sintagma „de a alinia” nu este specifică limbajului normativ.

La **alin. (3)**, textul nu este deplin corelat cu art. 170 alin. (1), care instituie raportarea exclusivă prin SNDO și RNPO de la data intrării în vigoare a legii, în timp ce art. 172 alin. (3) menține, pe durata integrării, utilizarea sistemelor informatice existente. Ca urmare, nu este suficient de clar regimul tranzitoriu aplicat, respectiv momentul de la care operează exclusivitatea SNDO.

*

* *

În considerarea acestor observații, având în vedere atât imperfecțiunile de redactare, cât și problemele de fond, subliniem că, în actuala redactare, prezenta propunere poate duce la numeroase confuzii în interpretare și aplicare. În asemenea situații, Curtea Constituțională a declarat ca fiind neconstituțional actul care nu a fost sistematizat corespunzător și a evidențiat că „actul legislativ trebuie să fie inteligibil, neechivoc și transparent în ceea ce privește conținutul său normativ, astfel încât să îndreptățească cetățenii să aibă încredere în activitatea parlamentară”⁶, iar „legiuitorul trebuie să se raporteze la reglementările ce reprezintă un reper de claritate, precizie și previzibilitate (...)”⁷.

PRESEDINTE

Florin IORDACHE

București
Nr. 75/21.01.2026

⁶ A se vedea Decizia nr. 619/2016.

⁷ A se vedea Decizia nr. 138/2019.