

EXPUNERE DE MOTIVE

la propunerea legislativă pentru completarea Legii învățământului preuniversitar nr. 198/2023

1. Descrierea situației actuale

Ambliopia, cunoscută curent ca ochi leneș, este principala cauză de deficit vizual la copil. Ea constă în scăderea vederii la unul sau, mai rar, la ambii ochi, în pofida unei structuri normale a globului ocular, și se instalează în primii ani de viață, în perioada în care sistemul vizual se dezvoltă. Cauzele frecvente sunt diferența de dioptrii între cei doi ochi, viciile de refracție necorectate și strabismul.

Două particularități transformă ambliopia dintr-o afecțiune individuală într-o problemă de sănătate publică. Prima este fereastra de vârstă: dacă afecțiunea nu este depistată și tratată în copilăria mică, pierderea de vedere devine permanentă și nu mai poate fi recuperată ulterior, oricât de bună ar fi îngrijirea. A doua este caracterul asimptomatic: atunci când este afectat un singur ochi, copilul vede bine cu ochiul sănătos, nu se plânge de nimic, iar ochiul afectat nu arată diferit. Fără un test ținut, afecțiunea trece neobservată exact în perioada în care ar putea fi vindecată.

În România, examinarea vederii la copilul preșcolar este prevăzută astăzi la nivel de act administrativ, ca element al examinărilor medicale periodice din cadrul medicinei școlare, potrivit Ordinului ministrului sănătății și al ministrului educației și cercetării nr. 1.503/6.821/2025. Această reglementare este analizată la pct. 4, unde se arată de ce nu acoperă problema.

2. Dimensiunea problemei în cifre

Indicator	Valoare	Sursă
Copii înscriși în creșe și grădinițe, anul școlar 2025-2026	550.900, dintr-o populație școlară totală de 3.518.700 de persoane	Institutul Național de Statistică, date privind populația școlară
Ponderea învățământului preșcolar în populația școlară totală	14,5%, față de 1,1% învățământul antepreșcolar, ceea ce corespunde unui număr de aproximativ 510.000 de copii în învățământul preșcolar	Institutul Național de Statistică, aceeași sursă
Unități de învățământ care dispun de cabinet medical general	18,6%, respectiv 3.348 de cabinete la nivel național	Date ale Ministerului Sănătății, octombrie 2019
Cabinete de medicină școlară în mediul rural	88 din cele 3.348, dintre care 81 de medicină generală și 7 de medicină dentară; asistența în rural se asigură prin 153 de contracte între consilii locale și cabinete de medicină de familie	aceeași sursă

Indicator	Valoare	Sursă
Personal de medicină școlară normat pentru mediul rural	21 de medici școlari și 53 de asistenți medicali școlari, pentru o populație școlară de 924.053 de elevi	UNICEF România, raport privind guvernarea serviciilor de asistență medicală școlară
Rata de trimitere către consult de specialitate, la screeningul efectuat în județul Cluj	14% dintre copiii testați	Kik J., Nordmann M., Cainap S. și colab., International Journal for Equity in Health, 2021, vol. 20, articolul 256
Acoperirea screeningului raportată la cohorta de vârstă, județul Cluj	0,49 în mediul rural, față de 1,62 în municipiul Cluj-Napoca și 1,64 în orașele mici	aceeași sursă
Comune rurale în care s-a efectuat screening, din totalul județului Cluj	24 din 75	aceeași sursă
Copii îndrumați la specialist pentru care există consemnarea consultului efectuat	19% la nivelul județului, respectiv 11% în mediul rural față de 21% în municipiul Cluj-Napoca	aceeași sursă
Cazuri de ambliopie persistentă prevenite prin screening	aproximativ 4,5 la 1.000 de copii	Heijnsdijk E.A.M. și colab., Preventive Medicine Reports, 2022, vol. 28, articolul 101868
Cost pe an de viață ajustat calitativ câștigat, scenariul românesc	23.589 euro	aceeași sursă
Vârstele optime de screening rezultate din modelare	5 ani, sau 4 și 5 ani	aceeași sursă

Datele privind rezultatele screeningului provin din singurul program de screening vizual pediatric desfășurat la scară județeană în România, implementat în județul Cluj în cadrul studiului european EUSCREEN, și din studiul de cost-eficacitate care a modelat explicit scenariul românesc. Indicatorul de acoperire folosit de studiul din județul Cluj este raportul dintre numărul copiilor testați într-o localitate și mărimea cohortei de vârstă din acea localitate; el poate depăși valoarea 1 atunci când sunt testați și copii din cohorte învecinate sau veniți din alte localități. Cifrele arată patru lucruri.

Primul, că testul își atinge scopul: 14% dintre copiii testați au necesitat trimitere la medicul specialist, proporție care ar fi rămas nedepistată în absența screeningului.

Al doilea, că problema reală este acoperirea, nu utilitatea metodei. În mediul rural, raportul de acoperire a fost de 0,49, adică sub jumătate din cohorta de vârstă, față de 1,62 în municipiul reședință de județ și 1,64 în orașele mici, iar screeningul a ajuns în 24 dintre cele 75 de comune ale județului. Diferența nu ține de nevoia copiilor, ci de organizare.

Al treilea, că trimiterea fără urmărire nu produce efect: pentru numai 19% dintre copiii îndrumați către specialist există consemnarea efectuării consultului, iar în mediul rural pentru 11%. Cifra măsoară consemnarea, nu prezentarea, ceea ce nu schimbă concluzia: fără o urmărire a cazului, sistemul nu știe câți dintre copiii depistați ajung efectiv la tratament, iar un copil depistat care nu ajunge la consult rămâne un copil netratat.

Al patrulea, că rețeaua prin care legea urmează să se aplice este ea însăși inegal distribuită. Din cele 3.348 de cabinete de medicină școlară existente la nivel național, 88 funcționează în mediul rural, iar pentru o populație școlară rurală de 924.053 de elevi sunt normați 21 de medici școlari și 53 de asistenți medicali școlari. Acesta este motivul pentru care dreptul instituit prin prezenta propunere nu poate fi condiționat de existența cabinetului de medicină școlară.

Studiul de cost-eficacitate confirmă că măsura se justifică economic. În scenariul românesc, costul pe an de viață ajustat calitativ câștigat este de 23.589 euro, iar screeningul previne aproximativ 4,5 cazuri de ambliopie persistentă la fiecare 1.000 de copii testați. Raportat la o cohortă anuală de aproximativ 170.000 de copii, aceasta înseamnă circa 765 de cazuri de ambliopie persistentă evitate în fiecare generație.

3. Categoriile afectate

- a) **Copiii preșcolari cu ambliopie nedepistată.** Bariera este caracterul asimptomatic al afecțiunii, care face ca nici copilul, nici părintele să nu o poată semna. Consecința este pierderea definitivă a unei părți din vedere, într-o afecțiune care era tratabilă la momentul la care putea fi depistată.
- b) **Copiii din unități de învățământ fără cabinet de medicină școlară.** Bariera este organizatorică: examinarea este prevăzută ca atribuție a personalului din cabinetele școlare, iar acolo unde cabinetul nu există, asigurarea efectivă a examinării nu are un protocol propriu. Consecința este că accesul la depistare depinde de dotarea unității de învățământ, nu de dreptul copilului.
- c) **Famiile fără resurse pentru un consult oftalmologic privat.** Bariera este costul și distanța până la medicul oftalmolog. Consecința este că depistarea precoce devine, în fapt, un serviciu accesibil în funcție de venit și de mediul de rezidență, iar diferența se transformă într-o inegalitate de șanse educaționale, întrucât o parte importantă a învățării în copilărie se face vizual.
- d) **Sistemul de educație și cel de sănătate.** Bariera este absența unei evidențe naționale a gradului de acoperire a examinării vederii. Consecința este că autoritățile nu pot ști câți copii sunt efectiv examinați, câți sunt depistați și câți ajung la tratament, deci nu pot corecta ceea ce nu pot măsura.

4. De ce reglementarea actuală nu acoperă problema

Reglementarea în vigoare cuprinde, într-adevăr, o obligație de examinare a acuității vizuale. Ordinul ministrului sănătății și al ministrului educației și cercetării nr. 1.503/6.821/2025, pentru aprobarea Metodologiei privind asigurarea asistenței medicale antepreșcolarelor, preșcolarilor, elevilor din unitățile de învățământ preuniversitar și studenților din instituțiile de învățământ superior, prevede că asistentul medical efectuează examenul acuității vizuale la preșcolari și elevi, în cadrul examinărilor medicale periodice.

Această reglementare nu acoperă însă problema, pentru patru motive distincte:

- a) **Nivelul actului.** Obligația este stabilită prin ordin de ministru, act administrativ care poate fi modificat sau abrogat oricând prin voința celor două ministere, fără dezbateri parlamentare. Depistarea precoce a unei afecțiuni care devine ireversibilă după o anumită vârstă nu poate depinde de stabilitatea unui act administrativ.

- b) **Absența unui traseu de trimitere cu termene.** Metodologia nu stabilește un parcurs specific către consultul oftalmologic pentru copiii la care examinarea indică o problemă și nu prevede termene în care acest consult să aibă loc. Un test fără traseu de trimitere identifică, dar nu rezolvă.
- c) **Absența informării scrise a părintelui.** Metodologia prevede informarea părinților cu privire la problemele de sănătate depistate, dar nu instituie comunicarea scrisă a rezultatului examinării vederii, cu explicarea semnificației acestuia și a pașilor care urmează.
- d) **Absența acoperirii garantate și a raportării.** Metodologia se aplică prin cabinetele de medicină școlară, iar pentru unitățile care nu dispun de cabinet trimite generic la medicul de familie, fără un protocol propriu pentru examinarea vederii. Nu există o raportare națională a gradului de acoperire și a rezultatelor, astfel încât numărul copiilor efectiv examinați nu este cunoscut.

Se adaugă o observație de conținut. Metodologia nu utilizează noțiunile de screening și de ambliopie și nu leagă momentul examinării de intervalul de vârstă în care tratamentul ambliopiei este eficient. Examinarea acuității vizuale este prevăzută ca element al unui examen periodic general, nu ca program de depistare precoce cu vârste stabilite în funcție de fereastra terapeutică.

Se adaugă o constatare de fapt. Legea nr. 198/2023 prevede ea însăși, la art. 19 alin. (19) lit. a), că unitățile de învățământ cu personalitate juridică dispun de un cabinet medical și de un cabinet stomatologic. Datele Ministerului Sănătății arată însă 3.348 de cabinete de medicină școlară la nivel național, dintre care 88 în mediul rural. Obligația structurală există, dar nu este îndeplinită, iar copiii nu pot aștepta îndeplinirea ei. Prezenta propunere nu o dublează și nu o înlocuiește: ea garantează dreptul la screening independent de existența cabinetului, prin calea alternativă de la art. 82¹ alin. (4).

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, reglementează cadrul general al asistenței medicale preventive, iar Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008, aprobată prin Legea nr. 174/2011, stabilește cadrul de organizare și finanțare a cabinetelor de medicină școlară. Niciunul dintre aceste acte nu instituie un drept al copilului preșcolar la depistarea precoce a tulburărilor de vedere și nu stabilește elementele lipsă enumerate mai sus.

Prezenta propunere nu reia și nu dublează metodologia în vigoare. Ea ridică la nivel de lege dreptul copilului la screeningul vederii, îl garantează independent de existența cabinetului de medicină școlară și adaugă cele trei elemente care lipsesc astăzi, respectiv traseul de trimitere cu termene, informarea scrisă a părintelui și raportarea publică anuală. Din acest motiv nu se pune problema paralelismului legislativ interzis de art. 16 din Legea nr. 24/2000, metodologia urmând a fi actualizată în aplicarea legii.

5. Schimbările preconizate

Propunerea completează Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023, prin introducerea, după articolul 82, care reglementează asigurarea serviciilor de medicină școlară, a trei articole noi. Mecanismele instituite sunt următoarele:

- a) **Dreptul universal și gratuit la screeningul vederii**, instituit prin art. 82¹ alin. (1) și (2). Toți copiii înscriși în învățământul preșcolar beneficiază de screening, de cel puțin două ori, la vârste stabilite prin norme în interiorul ferestrei terapeutice a ambliopiei.

b) **Garantarea acoperirii indiferent de existența cabinetului școlar**, instituită prin art. 82¹ alin. (3) și (4). Screeningul se organizează la sediul unității de învățământ, iar pentru unitățile fără cabinet de medicină școlară direcția de sănătate publică asigură efectuarea lui prin echipe mobile proprii ori, pe bază de contract sau de protocol, prin medicul de familie sau prin alți furnizori, care se deplasează la unitate. Textul prevede expres că lipsa cabinetului nu înlătură dreptul copilului și obligă direcția de sănătate publică să stabilească înainte de fiecare an școlar unitățile acoperite astfel.

c) **Traseul copilului depistat și informarea scrisă a părintelui**, instituite prin art. 82². Rezultatul se comunică în scris, iar copilul la care testul indică o posibilă tulburare este îndrumat către consult oftalmologic într-un termen stabilit prin norme. Neprezentarea nu atrage nicio sancțiune pentru familie.

d) **Raportarea publică anuală**, instituită prin art. 82³ alin. (3), cuprinzând gradul de acoperire, numărul copiilor testați și îndrumați, precum și numărul unităților în care screeningul a fost asigurat în afara cabinetului școlar, indicator care măsoară direct inegalitatea de acces.

e) **Regimul prelucrării datelor copilului**, stabilit prin art. 82¹ alin. (7). Legea însăși precizează scopul prelucrării, temeiul, operatorii, categoriile de date prelucrate și caracterul exclusiv agregat al raportării publice, în locul unei simple trimiteri generale la legislația privind protecția datelor.

Propunerea nu înființează instituții noi, nu creează posturi și nu transferă competențe între autorități. Screeningul rămâne un test de semnalare și nu înlocuiește consultul oftalmologic de specialitate, astfel cum prevede expres art. 82¹ alin. (5).

6. Impactul socioeconomic

Beneficiul principal este evitarea unor pierderi permanente de vedere la copii ale căror afecțiuni erau tratabile la momentul la care puteau fi depistate. Efectul se resimte pe toată durata vieții persoanei, prin păstrarea opțiunilor educaționale și profesionale care altfel s-ar restrânge.

Beneficiul de echitate este cel puțin la fel de important. Astăzi, un copil al cărui părinte își permite un consult oftalmologic privat are șanse reale de depistare precoce, în timp ce un copil dintr-o localitate fără cabinet de medicină școlară și fără oftalmolog în proximitate depinde de campanii ocazionale. Propunerea înlătură această diferență prin garantarea expresă de la art. 82¹ alin. (3) și (4).

Capacitatea de aplicare este construită în textul legii, nu presupusă. Obligația nu este condiționată de existența cabinetului de medicină școlară, ci are prevăzută expres o cale alternativă, prin echipe mobile ale direcției de sănătate publică ori, pe bază de contract sau de protocol, prin medicul de familie sau prin alți furnizori. Intrarea în vigoare este amânată cu 12 luni pentru dotare și instruire, potrivit art. II alin. (1), iar normele metodologice se aprobă cu aproximativ nouă luni înainte de acest termen, potrivit art. 82³ alin. (1) coroborat cu art. II alin. (2), astfel încât perioada de pregătire să fie efectiv utilizabilă. Direcția de sănătate publică are obligația de a stabili, înainte de fiecare an școlar, unitățile pentru care asigură screeningul pe această cale, ceea ce transformă acoperirea dintr-o intenție într-o sarcină verificabilă.

7. Impactul asupra bugetului general consolidat

Propunerea generează cheltuieli bugetare. Ele sunt preponderent unice, de dotare cu instrumente de screening adaptate vârstei preșcolare și de instruire a personalului medical care efectuează testul. Screeningul se realizează prin personalul de medicină școlară și prin medicii de familie deja existenți, integrat în examinările periodice prevăzute de metodologia în vigoare, ceea ce limitează cheltuielile suplimentare de personal.

Consulturile oftalmologice de specialitate pentru copiii îndrumați se asigură în cadrul pachetelor de servicii medicale existente, decontate potrivit reglementărilor din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, fără a fi necesară crearea unui mecanism nou de finanțare.

În aplicarea art. 138 alin. (5) din Constituție, sursa de finanțare este stabilită expres prin art. 82³ alin. (2), respectiv bugetul Ministerului Sănătății și bugetele autorităților administrației publice locale care organizează cabinetele de medicină școlară, sumele urmând a fi prevăzute distinct, cu această destinație, în bugetele anuale ale ordonatorilor principali de credite.

Ordinul de mărime al cheltuielii de dotare este de 2,7 până la 6,6 milioane lei, o singură dată, pentru 84 până la 126 de aparate de screening. Detalierea pe indicatori și pe cinci ani, împreună cu ipotezele de calcul, este prezentată în fișa financiară de la pct. 12.

8. Efectele asupra legislației în vigoare

Propunerea are caracterul unei legi organice. Materia reglementată se încadrează la art. 73 alin. (3) lit. n) din Constituție, organizarea generală a învățământului, iar actul intervine asupra Legii învățământului preuniversitar nr. 198/2023, care reglementează această materie.

Art. 75 alin. (1) din Constituție enumeră expres litera n) între materiile pentru care prima Cameră sesizată este Camera Deputaților. În consecință, prezenta propunere se depune la Camera Deputaților, iar Camera decizională este Senatul. Adoptarea se face cu majoritatea prevăzută la art. 76 alin. (1) din Constituție pentru legile organice, respectiv majoritatea membrilor fiecărei Camere, aceasta fiind și majoritatea indicată în formula finală a formei inițiatorului.

Prezenta lege completează un singur act normativ, respectiv Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023, prin introducerea a trei articole noi după articolul 82. Nu modifică și nu abrogă niciun alt act normativ.

Tabel comparativ

Act normativ	Text în vigoare	Text propus
Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023, după articolul 82	Nu există. În prezent, legea nu cuprinde dispoziții privind screeningul vederii la copiii preșcolari.	Se introduc trei articole noi după articolul 82, având cuprinsul prevăzut la art. I din prezenta lege, referitoare la dreptul la screeningul vederii, la traseul copilului depistat și la informarea părinților, respectiv la normele metodologice, finanțare și raportare.

Legea se corelează, fără a le modifica, cu următoarele acte:

Act normativ	Relația cu prezenta lege
Constituția României, republicată	Temei al inițiativei (art. 74), categoria legii și Camera competentă (art. 73 și art. 75), majoritatea de adoptare (art. 76), dreptul la ocrotirea sănătății (art. 34), protecția copiilor (art. 49)
Legea nr. 95/2006, republicată	Cadrul general al asistenței medicale preventive, în care se integrează screeningul
Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008, aprobată prin Legea nr. 174/2011	Cadrul de organizare și finanțare a cabinetelor de medicină școlară de către autoritățile administrației publice locale
Legea nr. 272/2004, republicată	Dreptul copilului la cea mai bună stare de sănătate
Regulamentul (UE) 2016/679 și Legea nr. 190/2018	Protecția datelor cu caracter personal ale copilului, prelucrate cu ocazia screeningului
Ordinul ministrului sănătății și al ministrului educației și cercetării nr. 1.503/6.821/2025	Metodologia asistenței medicale în unitățile de învățământ, care se actualizează în aplicarea prezentei legi prin normele metodologice prevăzute de aceasta

9. Modele internaționale relevante

Screeningul vizual pediatric este practicat pe scară largă în Uniunea Europeană. Studiul de cost-eficacitate publicat în anul 2022 în Preventive Medicine Reports, realizat în cadrul studiului european EUSCREEN, a comparat prin microsimulare strategii de screening al acuității vizuale în trei sisteme: Țările de Jos, Anglia și Țara Galilor, respectiv România.

Concluzia studiului este că, pentru toate cele trei sisteme analizate, momentele optime de testare sunt vârsta de 5 ani sau vârstele de 4 și 5 ani. Un program cu o singură testare este cel mai eficient la vârsta de 5 ani, iar adăugarea unei testări la 4 ani crește semnificativ beneficiul. Această concluzie fundamentează cerința de la art. 82¹ alin. (2), potrivit căreia screeningul se efectuează de cel puțin două ori pe parcursul învățământului preșcolar.

Studiul privind implementarea în județul Cluj constată că România este unul dintre puținele state europene fără program național de screening vizual pediatric. Tot acest studiu identifică motivul concret pentru care acoperirea mediului rural prin cabinetele medicilor de familie nu a funcționat: dificultatea de a ajunge la grupuri concentrate de copii, în condițiile în care prioritățile medicale concurente dintr-un sistem rural subfinanțat lasă screeningul pe ultimul loc.

Din această constatare rezultă direct soluția prevăzută la art. 82¹ alin. (3) și (4): screeningul se organizează la sediul unității de învățământ, acolo unde copiii se află deja împreună, iar unde nu există cabinet de medicină școlară responsabilitatea deplasării revine direcției de sănătate publică, nu familiei. Propunerea preia astfel nu doar modelul care funcționează, ci și corectarea cauzei pentru care încercarea anterioară nu a funcționat în mediul rural.

10. Consultările necesare

Nu au fost derulate consultări publice prealabile depunerii, procedura de transparență decizională prevăzută de Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată, fiind aplicabilă autorităților administrației publice, nu inițiativei

parlamentare. Următoarele consultări sunt necesare potrivit legislației aplicabile sau utile pentru dezbateră în comisii. Ele se solicită prin structurile Camerei Deputaților, ca primă Cameră sesizată, nu de inițiator.

Entitate	Temel	Obiectul consultării
Consiliul Legislativ	Art. 79 din Constituție; Legea nr. 73/1993 pentru înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Legislativ, republicată	Avizul asupra propunerii legislative, solicitat prin secretarul general al Camerei Deputaților
Guvernul României	Art. 111 alin. (1) din Constituție, propunerea implicând cheltuieli bugetare	Punctul de vedere asupra propunerii și implicațiile asupra bugetului de stat și asupra bugetelor locale, prin Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Ministerul Finanțelor. Tot pe această cale se obțin numărul unităților de învățământ preșcolar fără cabinet de medicină școlară și costul unitar al testului, necesare calibrării fișei financiare
Consiliul Economic și Social	Legea nr. 248/2013 privind organizarea și funcționarea Consiliului Economic și Social, republicată	Impactul social al reglementării, materia vizând sănătatea publică și educația
Ministerul Sănătății și Ministerul Educației	Recomandată, ca autorități care aprobă normele metodologice	Fezabilitatea termenelor, metoda de screening și capacitatea rețelei de medicină școlară
Societățile de specialitate în oftalmologie pediatrică și Colegiul Medicilor din România	Recomandată, în domeniul de competență propriu	Vârstele optime de testare și metoda adecvată vârstei preșcolare
Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal	Obligatorie. Art. 36 alin. (4) din Regulamentul (UE) 2016/679 prevede că statele membre consultă autoritatea de supraveghere în cursul elaborării unei propuneri de măsură legislativă referitoare la prelucrare	Prelucrarea datelor privind sănătatea copiilor în cadrul screeningului, al urmăririi cazului și al raportării, astfel cum este reglementată la art. 82 ¹ alin. (7)

11. Măsurile de implementare

Măsurile de implementare rezultă direct din textul legii, fără un calendar separat. Articolul 82³ alin. (1) intră în vigoare la 3 zile de la publicare, potrivit art. II alin. (2), iar normele metodologice comune se aprobă în termen de 90 de zile de la acest moment. Restul dispozițiilor intră în vigoare la 12 luni de la publicare, potrivit art. II alin. (1), interval destinat dotării cabinetelor și instruirii personalului. În consecință, normele metodologice sunt în vigoare cu aproximativ nouă luni înainte ca obligația de screening să devină aplicabilă, astfel încât nicio obligație nu devine exigibilă înaintea instrumentului prin care se îndeplinește. Raportarea publică anuală prevăzută la art. 82³ alin. (3) începe după primul an de aplicare.

12. FIȘA FINANCIARĂ

întocmită în temeiul art. 15 din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare. Propunerea determină majorarea unor cheltuieli bugetare, fiind incidente dispozițiile art. 15 din Legea nr. 69/2010 privind responsabilitatea fiscal-bugetară, republicată, iar nu cele ale art. 21 din același act, care privesc diminuarea veniturilor

Indicator	Anul 1	Anul 2	Anul 3	Anul 4	Anul 5
Modificarea veniturilor bugetare	0	0	0	0	0
Modificarea cheltuielilor bugetare, mil lei	2.741 - 6.633*	recurent**	recurent**	recurent**	recurent**
Modificarea soldului bugetar, mil lei	negativ, 2.741 - 6.633	negativ, redus**	negativ, redus**	negativ, redus**	negativ, redus**
Posturi nou create	0	0	0	0	0
Cheltuieli de investiții, mil lei	2.741 - 6.633*	0	0	0	0
Subvenții și compensații	0	0	0	0	0
Facilități fiscale	0	0	0	0	0

* Dotarea cu 84 până la 126 de aparate de screening, la prețuri de listă cu TVA de 32.629 lei, respectiv 52.640 lei pe aparat, efectuată în intervalul de 12 luni dintre publicare și intrarea în vigoare. Achiziția publică poate obține prețuri inferioare celor de listă.

** Cheltuieli recurente constând în consumabile și în comunicarea scrisă a rezultatelor către părinți, în număr de aproximativ 340.000 pe an. Comunicările se înmânează prin unitatea de învățământ, fără costuri poștale. Costul unitar al consumabilelor depinde de metoda stabilită prin normele metodologice și se calibrează potrivit ultimului paragraf al prezentei fișe.

Ipotezele de calcul

Populația vizată. Potrivit Institutului Național de Statistică, populația școlară a fost de 3.518.700 de persoane în anul școlar 2025-2026, învățământul preșcolar reprezentând 14,5%, iar cel antepreșcolar 1,1%. Rezultă aproximativ 510.000 de copii în învățământul preșcolar, cifră consistentă cu totalul publicat de 550.900 de copii înscriși în creșe și grădinițe. Ciclul preșcolar cuprinde trei ani de studiu, deci cohorta anuală de vârstă este de aproximativ 170.000 de copii.

Numărul de testări. Fiecare copil este testat de cel puțin două ori pe parcursul celor trei ani, ceea ce dă, în regim permanent, aproximativ 340.000 de testări pe an.

Numărul de aparate. Calculul pornește de la cele 42 de direcții de sănătate publică, respectiv 41 județene și cea a municipiului București, și de la un număr de două până la trei aparate pentru fiecare, rezultând 84 până la 126 de aparate. Numărul se calibrează în funcție de numărul

unităților de învățământ preșcolar fără cabinet de medicină școlară, dată care se solicită potrivit pct. 10.

Prețul unitar. Un autorefractometru pediatric portabil de tip Plusoptix A12 are un preț de listă de 52.640 lei cu TVA, iar un aparat de screening vizual de tip SUOER SW-800 un preț de listă de 32.629 lei cu TVA. Intervalul de 32.629 până la 52.640 lei pe aparat conduce la o cheltuială de dotare între 2,74 și 6,63 milioane lei, potrivit numărului de aparate.

Cost pe testare. Raportată la 340.000 de testări pe an și la o durată de utilizare a aparatelor de cinci ani, componenta de dotare reprezintă între 1,61 și 3,90 lei pe testare.

Beneficiul cuantificat. Studiul de cost-eficacitate indică aproximativ 4,5 cazuri de ambliopie persistentă prevenite la 1.000 de copii testați, adică aproximativ 765 de cazuri pentru fiecare cohortă anuală de 170.000 de copii, la un cost de 23.589 euro pe an de viață ajustat calitativ câștigat în scenariul românesc.

Justificarea pe fiecare indicator

Modificarea veniturilor bugetare este zero. Legea nu instituie taxe, tarife sau alte surse de venit și nu prevede sancțiuni pecuniare.

Modificarea cheltuielilor bugetare este formată, în anul 1, din cheltuiela unică de dotare, cuprinsă între 2,74 și 6,63 milioane lei, iar din anul 2 din cheltuieli recurente constând în consumabile și în comunicarea scrisă a rezultatelor. Testul se efectuează de personalul existent, în cadrul examinărilor periodice deja prevăzute de metodologia în vigoare, astfel încât nu se generează cheltuieli de personal suplimentare. Cheltuiala de instruire a personalului se realizează prin structurile de formare ale direcțiilor de sănătate publică și nu a putut fi cuantificată în absența numărului de persoane de instruit, dată care se solicită potrivit pct. 10.

Modificarea soldului bugetar reflectă direct cheltuielile de mai sus, întrucât nu există venituri noi asociate.

Numărul posturilor nou create este zero. Screeningul se realizează prin personalul de medicină școlară și prin medicii de familie existenți, iar art. 82¹ alin. (4) prevede expres o cale alternativă prin echipe mobile sau furnizori desemnați, nu prin angajări noi.

Cheltuielile de investiții se limitează la dotarea cu instrumente de screening, în sumă de 2,74 până la 6,63 milioane lei, și se realizează în intervalul de 12 luni prevăzut la art. II alin. (1), din bugetul Ministerului Sănătății și din bugetele autorităților administrației publice locale care organizează cabinetele de medicină școlară, potrivit art. 82³ alin. (2).

Subvențiile, compensațiile și facilitățile fiscale sunt zero, legea neinstituind niciun mecanism de această natură.

Consulturile oftalmologice ale copiilor îndrumați nu figurează ca element de cost nou, întrucât se asigură în cadrul pachetelor de servicii medicale existente. Economia generată de evitarea unor deficiențe vizuale permanente nu este inclusă în tabelul de mai sus.

Încadrarea în plafoanele de cheltuieli, potrivit art. 15 din Legea nr. 69/2010. Cheltuiala unică de 2,74 până la 6,63 milioane lei reprezintă o fracțiune redusă a bugetului Ministerului Sănătății, iar intrarea în vigoare amânată cu 12 luni de la publicare permite includerea ei în legea bugetului de stat pentru exercițiul financiar următor. Compatibilitatea cu strategia fiscal-bugetară și

încadrarea în plafoanele de cheltuieli aprobate potrivit legii se confirmă prin punctul de vedere al Guvernului, solicitat potrivit pct. 10.

Dimensionarea populației vizate. Potrivit Institutului Național de Statistică, în anul școlar 2025-2026 în creșe și grădinițe erau înscriși 550.900 de copii, învățământul preșcolar reprezentând 14,5% din populația școlară totală, iar cel antepreșcolar 1,1%. Populația vizată de prezenta lege este formată din copiii înscriși în învățământul preșcolar, fiecare urmând a fi testat de cel puțin două ori pe parcursul ciclului preșcolar.

Trei elemente rămân de calibrat pe baza punctului de vedere al Guvernului și a datelor Ministerului Educației și Ministerului Sănătății: numărul copiilor pe fiecare an de vârstă, numărul unităților de învățământ preșcolar fără cabinet de medicină școlară și costul unitar al consumabilelor, care depinde de metoda stabilită prin normele metodologice.

13. TESTUL IMM

efectuat potrivit Legii nr. 346/2004 privind stimularea înființării și dezvoltării întreprinderilor mici și mijlocii, cu modificările și completările ulterioare

Întrebare	Răspuns
Reglementarea creează obligații noi pentru întreprinderile mici și mijlocii?	Nu în mod direct. Obligațiile revin autorităților publice și unităților de învățământ. Grădinițele private, dintre care unele sunt întreprinderi mici sau mijlocii, au obligația de a asigura accesul copiilor la screening, în aceleași condiții ca unitățile de stat, prin structurile de medicină școlară sau prin medicul de familie, fără a suporta costul testului.
Reglementarea afectează costurile de operare ale IMM-urilor?	Marginal. Sarcina se limitează la organizarea accesului și la informarea părinților, activități de natură administrativă care se integrează în obligațiile existente ale unității de învățământ privind asistența medicală.
Reglementarea impune raportări suplimentare în sarcina IMM-urilor?	Nu. Raportarea publică anuală revine Ministerului Sănătății și Ministerului Educației, nu unităților de învățământ private.
Reglementarea are efecte pozitive asupra mediului de afaceri?	Da, pentru furnizorii privați de servicii medicale și de optică medicală, care pot fi desemnați, în condițiile normelor metodologice, să efectueze screeningul acolo unde nu există cabinet de medicină școlară.
A fost analizată o variantă mai puțin restrictivă?	Da. A fost analizată varianta menținerii reglementării exclusiv la nivel de ordin comun al miniștrilor, cu simpla ei completare. Varianta a fost respinsă întrucât nu ar fi garantat dreptul copilului împotriva unei abrogări ulterioare pe cale administrativă și nu ar fi putut institui obligații pentru autoritățile administrației publice locale, care rezultă din lege, nu din ordin.
Se aplică principiul „gândește mai întâi la scară mică”?	Da. Obligațiile normative revin autorităților publice, iar participarea furnizorilor privați rămâne opțională și remunerată în condițiile normelor, fără costuri de conformare impuse.

14. DECLARAȚIA DE COMPATIBILITATE CU DREPTUL UNIUNII EUROPENE

Prezenta propunere legislativă este compatibilă cu dreptul Uniunii Europene. Inițiativa nu transpune o directivă și nu intră în domeniul de competență exclusivă a Uniunii.

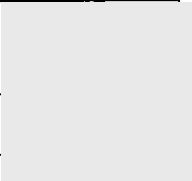
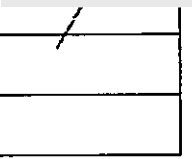
Organizarea și prestarea serviciilor de sănătate, precum și organizarea sistemului de educație, sunt de competența statelor membre. Acțiunea Uniunii în domeniul sănătății publice completează politicile naționale, potrivit Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene, iar prezenta propunere se înscrie în marja de apreciere a statului membru.

Prelucrarea datelor privind sănătatea copiilor în cadrul screeningului și al urmăririi cazului se realizează cu respectarea Regulamentului (UE) 2016/679 și a Legii nr. 190/2018. Art. 82¹ alin. (7) stabilește el însuși scopul prelucrării, temeiul, respectiv îndeplinirea unei obligații legale și motivul de interes public în domeniul sănătății publice în sensul art. 9 alin. (2) lit. i) din regulament, operatorii, categoriile de date prelucrate și caracterul exclusiv agregat al raportării publice prevăzute la art. 82³ alin. (3). Potrivit art. 36 alin. (4) din regulament, autoritatea de supraveghere se consultă în cursul elaborării unei propuneri de măsură legislativă referitoare la prelucrare, consultare prevăzută la pct. 10.

Inițiativa nu instituie restricții privind libera circulație a persoanelor, a serviciilor sau a mărfurilor și nu creează bariere în calea pieței interne.

Față de cele prezentate, a fost elaborată prezenta propunere legislativă, pe care o supunem spre dezbateră și adoptare Parlamentului României.

INIȚIATOR

Nr. crt.	Nume și prenume	Calitatea și grupul parlamentar	Semnătura
1.	Ștefan Țintă	Deputat, Grupul parlamentar al Partidului Social Democrat	
2.	ROMEO DANIEL LUNGU	DEPUTAT, GRUP PSD	
3.			
4.			
5.			