



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 188 (XXXII) — Nr. 432

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 22 mai 2020

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE	
Decizia nr. 122 din 10 martie 2020 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, în forma anterioară intrării în vigoare a Legii nr. 234/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii.....	2-6
ORDONANȚE ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
76. — Ordonanță de urgență pentru abrogarea Legii nr. 207/2016 privind reglementarea marketingului înlocuitorilor laptelui matern	7
77. — Ordonanță de urgență pentru completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 64/2007 privind datoria publică	8
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
860. — Ordin al ministrului sănătății privind modificarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-Cov-2	9-15
★	
Rectificări	15

DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE**CURTEA CONSTITUȚIONALĂ****DECIZIA Nr. 122**

din 10 martie 2020

**referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (5)
din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, în forma anterioară
intrării în vigoare a Legii nr. 234/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 317/2004
privind Consiliul Superior al Magistraturii**

Valer Dorneanu	— președinte
Cristian Deliorga	— judecător
Marian Enache	— judecător
Daniel-Marius Morar	— judecător
Mona-Maria Pivniceru	— judecător
Gheorghe Stan	— judecător
Livia Doina Stanciu	— judecător
Elena-Simina Tănăsescu	— judecător
Varga Attila	— judecător
Ioana Marilena Chiorean	— magistrat-asistent

Cu participarea reprezentantului Ministerului Public, procuror Ioan-Sorin-Daniel Chiriază.

1. Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a prevederilor art. 47 alin. (1) lit. b) coroborate cu cele ale art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, excepție ridicată de Carmen Oana Cadea în Dosarul nr. 7.787/2/2017 al Curții de Apel București — Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal și care formează obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 277D/2018.

2. La apelul nominal se constată lipsa părților. Procedura de citare este legal îndeplinită.

3. Președintele Curții dispune a se face apelul și în Dosarul nr. 316D/2018, având ca obiect excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, excepție ridicată de Simona Lucia Marinescu și de Daniel Fănel Stancu în Dosarul nr. 4.506/2/2017 al aceleiași instanțe.

4. La apelul nominal se constată lipsa părților. Procedura de citare este legal îndeplinită.

5. Curtea, din oficiu, pune în discuție conexarea dosarelor. Reprezentantul Ministerului Public este de acord cu conexarea cauzelor. Curtea, având în vedere identitatea parțială de obiect al cauzelor, în temeiul art. 53 alin. (5) din Legea nr. 47/1992 privind organizarea și funcționarea Curții Constituționale, dispune conexarea Dosarului nr. 316D/2018 la Dosarul nr. 277D/2018, care a fost primul înregistrat.

6. Cauza fiind în stare de judecată, președintele Curții acordă cuvântul reprezentantului Ministerului Public, care pune concluzii de respingere, ca neîntemeiată, a excepției de neconstituționalitate, sens în care arată că dispozițiile de lege criticate nu pun în discuție condiții de fond, ci doar condiții de formă ale rezoluției de clasare a Inspecției Judiciare, pentru care nu este necesară o cale de atac în instanță. Astfel, magistratul vizat nu are niciun interes pentru atacarea în instanță a rezoluției Inspecției Judiciare. Prin conținutul lor normativ, dispozițiile de lege criticate nu contravin prevederilor art. 21 din Constituție privind accesul liber la justiție.

CURTEA,

având în vedere actele și lucrările dosarelor, constată următoarele:

7. Prin Încheierea din 8 februarie 2018, pronunțată în Dosarul nr. 7.787/2/2017, **Curtea de Apel București — Secția a VIII-a**

contencios administrativ și fiscal a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (1) lit. b) coroborate cu cele ale art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii. Excepția de neconstituționalitate a fost ridicată de reclamanta Carmen Oana Cadea în cadrul acțiunii având ca obiect contestația formulată de aceasta împotriva rezoluției Inspecției Judiciare de clasare a sesizării disciplinare.

8. Prin Încheierea din 8 februarie 2018, pronunțată în Dosarul nr. 4.506/2/2017, **Curtea de Apel București — Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii.** Excepția de neconstituționalitate a fost ridicată de reclamantii Simona Lucia Marinescu și Daniel Fănel Stancu în cadrul acțiunii având ca obiect anularea rezoluției Inspecției Judiciare de respingere a sesizării disciplinare.

9. **În motivarea excepției de neconstituționalitate ce formează obiectul Dosarului nr. 277D/2018,** autoarea acesteia susține că dispozițiile de lege criticate contravin prevederilor constituționale ale art. 21 privind accesul liber la justiție, deoarece recunosc, în privința plângerii împotriva rezoluției de clasare, calitate procesuală activă numai persoanei care a formulat sesizarea. Astfel, magistratului față de care s-a dispus soluția clasării unei plângeri adresate Inspecției Judiciare nu îi este recunoscută vreo cale de atac prin care să poată pune în discuție ori să obțină înlăturarea unor constatări de fapt neconforme realității, cuprinse în rezoluția de clasare. Nu există niciun mijloc procedural care să asigure obținerea rezultatului judiciar menționat, iar, în acest context, recunoașterea, prin dispozițiile criticate, a posibilității contestării rezoluției de clasare numai în favoarea persoanei care a formulat sesizarea încalcă art. 21 din Constituție. Se susține că limitarea liberului acces la justiție poate fi legitimă numai în măsura în care nu este afectată substanța acestui drept, respectiv dacă există alte mijloace adecvate care să permită apărarea drepturilor și intereselor legitime vătămate prin actul cu privire la care legiuitorul a limitat sfera subiectelor cărora le recunoaște legitimitate procesuală activă. Se invocă, în acest sens, jurisprudența Curții Constituționale cu privire la liberul acces la justiție, iar, în final, se solicită admiterea excepției de neconstituționalitate, cu precizarea că, prin Decizia nr. 397 din 3 iulie 2014, Curtea Constituțională nu a fost chemată să se pronunțe asupra aspectelor invocate în prezenta cauză.

10. **În motivarea excepției de neconstituționalitate ce formează obiectul Dosarului nr. 316D/2018,** autorii acesteia susțin că dispozițiile de lege criticate contravin prevederilor constituționale ale art. 16 privind egalitatea în fața legii și celor ale art. 21 privind accesul liber la justiție. În acest sens, se invocă *mutatis mutandis* Decizia Curții Constituționale nr. 397 din 3 iulie 2014, prin care s-a constatat că sintagma „*rezoluția de clasare este definitivă*”, din cuprinsul art. 47 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 317/2004, este neconstituțională în ipoteza prevăzută

de art. 45 alin. (4) lit. b) din lege. Textul de lege criticat este restrictiv, deoarece îngreăşeşte dreptul magistratului ce a fost supus unei proceduri de cercetare disciplinară de a avea acces la o instanță de judecată, face ca inspectorul judiciar să aibă ultimul cuvânt cu privire la încadrarea în drept a situației de fapt prezentate și face posibil un verdict definitiv în cadrul unei proceduri administrative, fără a oferi mijlocul juridic de corectare a erorilor judiciare (prin prisma apărărilor formulate de magistrat).

11. Se mai arată că art. 51 alin. (3) din Legea nr. 317/2004 dă posibilitatea magistraților ca, în materie disciplinară, să poată ataca în instanță doar o sancțiune disciplinară. Astfel doar magistratul sancționat disciplinar poate ataca cu recurs hotărârea secției care a aplicat sancțiunea, în timp ce magistratul care primește o soluție de respingere a sesizării motivată greșit nu mai poate face nimic și e obligat să accepte situația la dosarul profesional, ceea ce nu este firesc.

12. Se susține că, potrivit art. 49 alin. (7) din Legea nr. 317/2004, dispozițiile acestei legi se completează cu dispozițiile Codului de procedură civilă. Or, deși calea de atac se îndreaptă împotriva soluției cuprinse în dispozitivul hotărârii, potrivit art. 461 alin. (2) din Codul de procedură civilă, *„în cazul în care calea de atac vizează numai considerentele hotărârii prin care s-au dat dezlegări unor probleme de drept ce nu au legătură cu judecata aceluși proces sau care sunt greșite ori cuprind constatări de fapt ce prejudiciază partea, instanța, admitând calea de atac, va înlătura acele considerente și le va înlocui cu propriile considerente, menținând soluția cuprinsă în dispozitivul hotărârii atacate”*. Această soluție legislativă nu a existat în Codul de procedură civilă din 1865, este o reglementare nouă și bine-venită, necesitatea apariției sale fiind determinată de o suită de situații jurisprudențiale în care soluția din dispozitiv era nimerită, însă motivarea putea crea mari complicații ulterioare, legate de efectul substanțial al hotărârii judecătorești. Legiuiorul a instituit o reglementare prin care supune controlului judiciar o rezolvare juridică prin prisma motivării; în speță, se dorește un control judecătoresc asupra rezolvării unei sesizări disciplinare a judecătorilor.

13. De asemenea, se susține că, în materia răspunderii penale, art. 18 din Codul de procedură penală, cu denumirea marginală — *Continuarea procesului penal la cererea suspectului sau inculpatului*, prevede următoarele: *„În caz de amnistie, de prescripție, de retragere a plângerii prealabile, de existență a unei cauze de nepedepsire sau de neimputabilitate ori în cazul renunțării la urmărirea penală, suspectul sau inculpatul poate cere continuarea procesului penal.”* Potrivit art. 339 și art. 340 din Codul de procedură penală, împotriva soluției procurorului, se poate face plângere la procurorul ierarhic superior, iar apoi la judecătorul de cameră preliminară. Orice inculpat are dreptul să demonstreze că fapta nu există. Procedura de cercetare disciplinară a judecătorilor este o procedură de tip acuzatorial, în care inspectorul care a considerat oportună începerea cercetării disciplinare îl cercetează pe judecător și îi ia declarație. Inspectorul exercită o formă de putere asupra judecătorului cercetat, ei nu se găsesc pe poziții de egalitate juridică, confruntându-se acuzarea și apărarea. Firește, egalitatea procesuală există și în fața instanței de judecată. Astfel, chiar dacă regulile procesuale sunt cele ale procedurii civile, procedura de cercetare disciplinară are, în sine, caracter acuzatorial. Există și o jurisprudență a abaterilor disciplinare realizată de inspecția disciplinară, iar noțiunea de jurisprudență este lipsită de sens în lipsa unui control adecvat și efectiv al instanței cu privire la problematica de fapt și de drept a oricărei spețe.

14. În final, autorii excepției susțin că abaterea disciplinară este o instituție de drept substanțial ce antrenează o formă de răspundere juridică, fiind analoagă infracțiunii, contravenției și delictului civil; or, în cadrul acestora din urmă, accesul la o instanță este asigurat, pentru ca instanța să verifice modul în

care s-a stabilit fapta și modul în care au fost tratate apărările formulate de părțile implicate. Procedura de cercetare nu se poate opri în mod definitiv în fața unei alte jurisdicții decât cea a unei instanțe de judecată, întrucât accesul la justiție ar fi îngreădit în mod nepermis.

15. Curtea de Apel București — Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal și-a exprimat opinia în sensul că excepția de neconstituționalitate este întemeiată, deoarece dispozițiile de lege criticate contravin prevederilor art. 21 din Constituție.

16. Potrivit prevederilor art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, încheierile de sesizare au fost comunicate președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

17. Președinții celor două Camere ale Parlamentului, Guvernul și Avocatul Poporului nu au transmis punctele lor de vedere asupra excepției de neconstituționalitate ridicate.

CURTEA,

examinând încheierile de sesizare, rapoartele întocmite de judecătorul-raportor, concluziile procurorului, dispozițiile legale criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

18. Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate.

19. **Obiectul excepției de neconstituționalitate**, astfel cum este menționat în încheierile de sesizare, îl constituie prevederile art. 47 alin. (1) lit. b) coroborate cu cele ale art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 628 din 1 septembrie 2012, cu modificările și completările ulterioare, dispoziții care, la data sesizării Curții Constituționale, aveau următorul cuprins:

— Art. 47 alin. (1) lit. b): *„În cazul în care sesizarea s-a făcut potrivit art. 45 alin. (2), inspectorul judiciar poate dispune, prin rezoluție scrisă și motivată: [...] b) clasarea sesizării, în cazul în care aceasta nu este semnată, nu conține datele de identificare ale autorului sau indicii cu privire la identificarea situației de fapt care a determinat sesizarea, precum și în cazul prevăzut la art. 45 alin. (4) lit. b); rezoluția de clasare este definitivă;”*

— Art. 47 alin. (5): *„Rezoluția de respingere a sesizării prevăzută la alin. (1) lit. c) și alin. (4) poate fi contestată de persoana care a formulat sesizarea la Secția de contencios administrativ și fiscal a Curții de Apel București, în termen de 15 zile de la comunicare, fără îndeplinirea unei proceduri prealabile.”*

20. Prevederile art. 45 alin. (2) din Legea nr. 317/2004, la care fac referire dispozițiile de lege criticate, stabileau că, *„În cazul în care Inspecția Judiciară este titulară a acțiunii disciplinare, aceasta se poate sesiza din oficiu sau poate fi sesizată în scris și motivat de orice persoană interesată, inclusiv de Consiliul Superior al Magistraturii, în legătură cu abaterile disciplinare săvârșite de judecători și procurori”*, iar art. 45 alin. (4) lit. b) prevedea următoarele: *„Dacă în urma efectuării verificărilor prealabile se constată că nu există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare: [...] b) sesizarea se clasează, iar rezultatul se comunică direct persoanei care a formulat sesizarea și persoanei vizate de sesizare, dacă Inspecția Judiciară a fost sesizată în condițiile alin. (2).”* Totodată, Curtea reține că art. 47 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 317/2004 avea următorul cuprins: *„În cazul în care sesizarea s-a făcut potrivit art. 45 alin. (2), inspectorul judiciar poate dispune, prin rezoluție scrisă și motivată: [...] c) respingerea sesizării, în cazul în care se constată, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu sunt îndeplinite condițiile pentru exercitarea acțiunii”*, iar art. 47 alin. (4) prevedea că *„Rezoluția inspectorului judiciar poate fi*

infirmată de inspectorul-șef, în scris și motivat, acesta putând dispune, prin rezoluție scrisă și motivată, una din soluțiile prevăzute la alin. (1) lit. a) sau c)."

21. În vederea stabilirii obiectului excepției de neconstituționalitate, Curtea — analizând obiectul cauzelor în cadrul cărora a fost invocată excepția de neconstituționalitate și motivarea autorilor acesteia — constată, pe de-o parte, că, în Dosarul nr. 277D/2018, s-a atacat în instanță rezoluția de clasare a sesizării (în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b), constatându-se că nu există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare), iar, pe de altă parte, în Dosarul nr. 316D/2018, s-a atacat în instanță rezoluția de respingere a sesizării (constatându-se, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu există condițiile pentru exercitarea acțiunii disciplinare). Însă în ambele dosare autorii excepției sunt nemulțumiți de faptul că magistrații vizati nu pot ataca la instanță aceste rezoluții, ci doar persoana care a formulat sesizarea.

22. Curtea reține, în primul rând, că, prin Decizia nr. 397 din 3 iulie 2014, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 529 din 16 iulie 2014, a admis excepția de neconstituționalitate și a constatat că sintagma „*rezoluția de clasare este definitivă*” din cuprinsul art. 47 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 317/2004 este neconstituțională în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b) din aceeași lege. De la publicarea în Monitorul Oficial al României a acestei decizii, prin care s-a recunoscut accesul la justiție împotriva rezoluției de clasare a sesizării, în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b), și până la intrarea în vigoare a Legii nr. 234/2018, care, prin introducerea art. 45¹ în Legea nr. 317/2004, a reglementat expres condițiile de exercitare a acestui drept de acces la justiție al persoanei care a formulat sesizarea, dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 — referitoare la atacarea rezoluției de respingere a sesizării de către persoana care a formulat sesizarea la Curtea de Apel București — Secția de contencios administrativ și fiscal în termen de 15 zile de la comunicare, fără îndeplinirea unei proceduri prealabile — s-au aplicat, prin analogie, și în ipoteza atacării rezoluției de clasare a sesizării. Astfel, potrivit soluției de principiu adoptate în ședința judecătorilor Secției de contencios administrativ a Înaltei Curți de Casație și Justiție din 13 februarie 2017 și Deciziei nr. 75 din 19 ianuarie 2017, pronunțată de aceeași instanță, „*Rezoluția de clasare a sesizării pronunțată [...] în temeiul dispozițiilor art. 45 alin. (4) lit. b) din Legea nr. 317/2004, poate fi contestată, în fața instanței de contencios administrativ, fără îndeplinirea unei proceduri prealabile, în virtutea aplicării principiului prevăzută de art. 5 alin. (3) din Codul de procedură civilă, referitor la judecarea pricinilor potrivit dispozițiilor edictate pentru instituția juridică asemănătoare (cea mai apropiată), în speță a regimului juridic aplicabil acțiunii exercitate împotriva rezoluției de respingere a sesizării (art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004)*”.

23. Așadar, Curtea constată că, deși autorii excepției din cele două dosare au atacat, pe de-o parte, în Dosarul nr. 277D/2018, rezoluția de clasare a sesizării (în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b), constatându-se că nu există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare), iar, pe de altă parte, în Dosarul nr. 316D/2018, rezoluția de respingere a sesizării (constatându-se, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu există condițiile pentru exercitarea acțiunii disciplinare), problema de drept pe care o invocă este aceeași, și anume imposibilitatea atacării de către magistratul vizat a rezoluției de clasare sau de respingere a sesizării, imposibilitate dedusă *per a contrario* din prevederile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004. Având în vedere acestea, obiectul excepției de neconstituționalitate îl constituie numai dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004.

24. În al doilea rând, referitor la obiectul excepției de neconstituționalitate, Curtea reține că, ulterior sesizării sale, dispozițiile art. 47 alin. (5) au fost modificate prin Legea nr. 234/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, publicată

în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 850 din 8 octombrie 2018, având, în prezent, următorul conținut: „*Rezoluția de respingere a sesizării prevăzute la alin. (1) lit. b) și alin. (4) poate fi contestată de persoana care a formulat sesizarea la Secția de contencios administrativ și fiscal a Curții de Apel București, în termen de 15 zile de la comunicare, fără îndeplinirea unei proceduri prealabile. Soluționarea cauzei se face de urgență și cu precădere.*” De asemenea, art. 47 alin. (1) lit. b) a fost modificat, cu următorul conținut: „*După efectuarea cercetării disciplinare, inspectorul judiciar poate dispune, prin rezoluție scrisă și motivată: [...] b) respingerea sesizării, în cazul în care constată, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu sunt îndeplinite condițiile pentru exercitarea acțiunii.*”

25. Totodată, Curtea reține că, ulterior sesizării sale, întreaga secțiune referitoare la atribuțiile Consiliului Superior al Magistraturii în domeniul răspunderii disciplinare a magistraților a capitolului 4 al Legii nr. 317/2004 a suferit modificări și completări, iar, în prezent, soluția de clasare a sesizării este prevăzută de art. 45 alin. (4) din Legea nr. 317/2004, iar soluția de respingere a sesizării, în cazul în care constată, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu sunt îndeplinite condițiile pentru exercitarea acțiunii, este prevăzută de art. 47 alin. (1) lit. b) din aceeași lege. În mod corelativ, posibilitatea de atacare — de către persoana care a formulat sesizarea — a rezoluției de clasare a sesizării este, în prezent, conținută de art. 45¹, iar posibilitatea de atacare — de către persoana care a formulat sesizarea — a rezoluției de respingere a sesizării este prevăzută la art. 47 alin. (5) din lege. În consecință, Curtea va reține ca obiect al excepției de neconstituționalitate numai dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004, în forma anterioară intrării în vigoare a Legii nr. 234/2018.

26. În opinia autorilor excepției de neconstituționalitate, prevederile de lege criticate contravin dispozițiilor constituționale cuprinse în art. 16 privind egalitatea în drepturi și în art. 21 privind accesul liber la justiție.

27. Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea reține că textul de lege criticat face parte din secțiunea a 4-a — *Atribuțiile Consiliului Superior al Magistraturii în domeniul răspunderii disciplinare a magistraților a capitolului IV — Atribuțiile Consiliului Superior al Magistraturii* al Legii nr. 317/2004. Așa cum a reținut Curtea Constituțională în jurisprudența sa, angajarea răspunderii disciplinare a magistraților implică trei etape, parcurse succesiv: *o primă etapă de verificării prealabile*, efectuată de Inspekția Judiciară, urmată *de faza cercetării disciplinare prealabile*, efectuată, după caz, de Ministerul Justiției, de Înalta Curte de Casație și Justiție, respectiv de Parchetul de pe lângă aceasta, sau de Inspekția Judiciară și care are loc în situația în care se apreciază de către inspectorul judiciar, în etapa verificării prealabile, că există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare, și, apoi, *etapa acțiunii disciplinare propriu-zise*, desfășurată în fața secției corespunzătoare a Consiliului Superior al Magistraturii (a se vedea, în acest sens, Decizia nr. 575 din 20 septembrie 2018, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 65 din 25 ianuarie 2019, paragraful 16).

28. Cât privește soluțiile pe care le poate dispune inspectorul judiciar în etapa verificării prealabile și în etapa cercetării disciplinare prealabile, Curtea reține că acestea sunt prevăzute în art. 47 alin. (1) din Legea nr. 317/2004, în forma anterioară intrării în vigoare a Legii nr. 234/2018, care prevedea următoarele: „*În cazul în care sesizarea s-a făcut potrivit art. 45 alin. (2), inspectorul judiciar poate dispune, prin rezoluție scrisă și motivată: a) admiterea sesizării, prin exercitarea acțiunii disciplinare și sesizarea secției corespunzătoare a Consiliului Superior al Magistraturii; b) clasarea sesizării, în cazul în care aceasta nu este semnată, nu conține datele de identificare ale autorului sau indicii cu privire la identificarea situației de fapt care a determinat sesizarea, precum și în cazul prevăzută la art. 45 alin. (4) lit. b); rezoluția de clasare este definitivă;*

c) respingerea sesizării, în cazul în care se constată, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu sunt îndeplinite condițiile pentru exercitarea acțiunii.” Curtea observă că, în cauzele de față, în Dosarul nr. 277D/2018, s-a dispus clasarea sesizării — potrivit art. 47 alin. (1) lit. b), pentru motivul prevăzut de art. 45 alin. (4) lit. b) — constatându-se, în urma efectuării verificărilor prealabile, că nu există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare, iar, în Dosarul nr. 316D/2018, s-a dispus respingerea sesizării — potrivit art. 47 alin. (1) lit. c) — constatându-se, în urma efectuării cercetării disciplinare, că nu sunt îndeplinite condițiile pentru exercitarea acțiunii disciplinare.

29. Cu privire la posibilitatea atacării rezoluției de clasare emisă de Inspekția Judiciară în etapa verificării prealabile, prin Decizia nr. 397 din 3 iulie 2014, precitată, Curtea a admis excepția de neconstituționalitate și a constatat că sintagma „rezoluția de clasare este definitivă” din cuprinsul art. 47 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii este neconstituțională în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b) din aceeași lege. La paragraful 34, Curtea a constatat că, în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b) din Legea nr. 317/2004, inspectorul judiciar face o cercetare a fondului sesizării pentru a constata dacă există sau nu indicii cu privire la săvârșirea unei abateri disciplinare. Or, în această situație, textul de lege criticat, potrivit căruia rezoluția de clasare este definitivă și deci exclusă controlului judiciar, încalcă accesul liber la justiție, drept fundamental consacrat atât de Constituție, cât și de Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, partea interesată fiind lipsită de accesul la o instanță judecătorească. Dacă în primele 3 ipoteze reglementate de art. 47 alin. (1) lit. b) din Legea nr. 317/2004, respectiv atunci când sesizarea nu este semnată, nu conține datele de identificare ale autorului sesizării sau indicii cu privire la identificarea situației de fapt, caracterul definitiv al soluției clasării este legitimat prin aceea că aceasta nu are un caracter irefragabil deoarece persoana interesată poate face o nouă sesizare cu respectarea condițiilor prevăzute, așa cum a decis instanța de contencios constituțional în jurisprudența sa, în ipoteza prevăzută de art. 45 alin. (4) lit. b) se dispune asupra fondului sesizării, astfel că este absolut necesară asigurarea accesului la justiție prin posibilitatea atacării soluției la instanța judecătorească. Ulterior acestei decizii, legiuitorul nu a pus de acord, în termenul de 45 de zile prevăzut de art. 147 alin. (1) din Constituție, textul declarat ca fiind neconstituțional cu prevederile Constituției. Abia prin Legea nr. 234/2018 s-a reglementat, în mod expres în art. 45¹ din Legea nr. 317/2004, posibilitatea de atacare, de către persoana care a formulat sesizarea, a rezoluției de clasare a sesizării, în ipoteza în care, în urma efectuării verificărilor prealabile, se constată că nu există indiciile săvârșirii unei abateri disciplinare.

30. Cu privire la dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004, criticate sub aspectul imposibilității atacării de către magistrat a rezoluției de respingere a sesizării, Curtea s-a mai pronunțat, prin Decizia nr. 575 din 20 septembrie 2018, precitată. La paragraful 18 al acestei decizii, Curtea a reținut că autorul excepției este nemulțumit, în esență, de faptul că doar persoana care a formulat sesizarea adresată Inspekției Judiciare referitoare la săvârșirea unei abateri disciplinare de către un magistrat poate să conteste în fața instanței judecătorești, potrivit textului de lege criticat, rezoluția de respingere a sesizării, iar nu și magistratul vizat de cercetarea disciplinară. Curtea a constatat că soluția de respingere a sesizării, cu care se finalizează cercetarea disciplinară, este dată în urma unei analize realizate de inspectorul judiciar cu ascultarea celui în cauză și verificarea apărărilor judecătorului sau procurorului cercetat, care, potrivit art. 46 alin. (1) teza a doua, sunt obligatorii, în cadrul acestei etape stabilindu-se faptele și urmările acestora, împrejurările în care au fost săvârșite, precum și orice alte date concludente din care să se poată aprecia asupra existenței sau inexistenței vinovăției

[art. 46 alin. (1) teza întâi]. De aceea, împrejurarea că legea nu prevede posibilitatea ca magistratul cercetat să conteste în fața instanței judecătorești soluția de respingere a sesizării este explicabilă prin faptul că soluția de respingere a sesizării este, în mod evident, favorabilă acestuia și, ca atare, magistratul cercetat nu justifică niciun interes în promovarea unei astfel de acțiuni. Or, interesul este una dintre condițiile esențiale pentru exercitarea oricărei acțiuni în justiție. La paragrafele 19 și 20 ale acestei decizii, Curtea a reținut că judecătorul cercetat a solicitat instanței să înlătore din dispozitivul rezoluției în discuție mențiunea referitoare la comunicarea acesteia către Comisia de evaluare a activității profesionale a judecătorilor, precum și mențiunile cuprinse în considerente, care se referă la „anumite aspecte” în legătură cu care inspectorul judiciar care a efectuat cercetarea disciplinară consideră că „se impune a fi avute în vedere în cadrul procedurii de evaluare a activității profesionale a judecătorilor, din perspectiva indicatorului B (1) a) — calitatea redactării hotărârilor judecătorești”. Curtea a reținut că, în virtutea prevederilor art. 38 alin. (2) din Regulamentul privind evaluarea activității profesionale a judecătorilor și procurorilor, aprobat prin Hotărârea Plenului Consiliului Superior al Magistraturii nr. 676/2007, modificat și completat prin Hotărârea Consiliului Superior al Magistraturii nr. 1.157/2015, republicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 918 din 15 noiembrie 2016, Inspekția Judiciară poate transmite din oficiu comisiei de evaluare date și informații utile pentru efectuarea evaluării. Așadar, Curtea a constatat că autorul excepției nu a contestat propriu-zis soluția de respingere a sesizării cu privire la săvârșirea unei abateri disciplinare, ipoteză normativă reglementată de textul de lege supus controlului de constituționalitate, ci a solicitat înlăturarea din cuprinsul rezoluției a anumitor mențiuni, distincte de soluția dispusă prin rezoluție, mențiuni care nu țin de răspunderea disciplinară a magistraților. Or, textul de lege ce formează obiect al excepției de neconstituționalitate vizează exclusiv soluția de respingere a sesizării, cererea de înlăturare a oricăror alte mențiuni, care nu au legătură cu răspunderea disciplinară, neintrând în domeniul de aplicare al art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004. În consecință, Curtea a decis că excepția de neconstituționalitate este inadmisibilă, neîndeplinind condiția legăturii cu soluționarea cauzei, impusă de art. 29 alin. (1) din Legea nr. 47/1992.

31. În cauza de față, Curtea reține că, în mod similar cu autorul excepției din cauza soluționată prin Decizia nr. 575 din 20 septembrie 2018, autorii excepției nu au contestat propriu-zis soluția de clasare, respectiv de respingere a sesizării cu privire la săvârșirea unei abateri disciplinare, soluții pe care, în mod evident, nu aveau interes să le atace, ci au solicitat înlăturarea din cuprinsul rezoluțiilor Inspekției Judiciare (de clasare, respectiv de respingere a sesizării) a acelor considerente prin care s-a reținut că magistratul vizat „a tergiversat judecata” într-un dosar în care a fost repartizat sau a acelor considerente privind existența laturii obiective a abaterii disciplinare. Întrucât autorii excepției nu au contestat propriu-zis soluția de respingere a sesizării cu privire la săvârșirea unei abateri disciplinare, ipoteză normativă reglementată de textul de lege supus controlului de constituționalitate, Curtea constată că acesta nu are legătură cu soluționarea cauzelor în cadrul cărora a fost invocată excepția de neconstituționalitate.

32. Mai mult, Curtea reține că autorii excepției din speța de față au formulat la instanța judecătorească cereri de înlăturare a unor mențiuni din cuprinsul rezoluțiilor Inspekției Judiciare (de clasare, respectiv de respingere a sesizării), mențiuni care, în opinia lor, au legătură cu răspunderea disciplinară, referindu-se la tergiversarea judecării unei cauze și, respectiv, la existența laturii obiective a abaterii disciplinare. În acest sens, acțiunile formulate în instanță de autorii excepției au avut ca temei, pe lângă dispozițiile de lege criticate, și dispozițiile din Legea contenciosului administrativ nr. 554/2004. Având în vedere acestea, Curtea constată că analiza admisibilității cererilor de

înlăturare a unor mențiuni din cuprinsul rezoluțiilor Inspecției Judiciare (de clasare, respectiv de respingere a sesizării), mențiuni care, în opinia autorilor excepției, au legătură cu răspunderea disciplinară, precum și stabilirea temeiului de soluționare a unor astfel de cereri de chemare în judecată întră în competența de soluționare a instanțelor judecătorești, iar nu a Curții Constituționale.

33. Astfel, interpretarea normelor de lege este operațiunea de stabilire a conținutului și a sensului la care acestea se referă și este o etapă absolut necesară în vederea aplicării corecte a legii situației de fapt concrete din cauză, instanța de judecată fiind ținută să aplice în acest scop metodele de interpretare a normelor juridice. Așa cum a stabilit Curtea, în mod constant, în jurisprudența sa, interpretarea legilor este o operațiune rațională, utilizată de orice subiect de drept, în vederea aplicării și respectării legii, având ca scop clarificarea înțelesului unei norme juridice sau a câmpului său de aplicare. Instanțele judecătorești interpretează legea, în mod necesar, în procesul soluționării cauzelor cu care au fost investite, interpretarea fiind faza indispensabilă procesului de aplicare a legii. „Oricât de clar ar fi textul unei dispoziții legale — se arată într-o hotărâre a Curții Europene a Drepturilor Omului (Cauza *C.R. împotriva Regatului Unit*, 1995) — în orice sistem juridic există, în mod inevitabil, un element de interpretare judiciară [...]” (a se vedea, în acest sens, Decizia nr. 600 din 14 aprilie 2009, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 395 din 11 iunie 2009, sau Decizia nr. 360 din 25 martie 2010, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 317 din 14 mai 2010). În consecință, problema de drept invocată de autorii excepției și dedusă spre soluționare Curții Constituționale, referitoare la admisibilitatea cererilor de înlăturare a unor mențiuni din cuprinsul rezoluțiilor Inspecției Judiciare și la temeiul de soluționare a acestora, este, în realitate, una de interpretare și de aplicare a legii la cazul concret dedus judecării instanței care a sesizat Curtea Constituțională.

34. De altfel, Curtea observă că în materia supusă analizei, competența de soluționare a cauzelor aparține, în exclusivitate, Curții de Apel București — Secția de contencios administrativ, care, în cauzele în cadrul cărora a fost invocată excepția de neconstituționalitate, a considerat admisibile cererile autorilor excepției. Astfel, prin sentința civilă prin care s-a soluționat cauza în cadrul căreia a fost invocată excepția de

neconstituționalitate ce formează obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 277D/2018, instanța a considerat că „dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 trebuie interpretate și aplicate în coroborare cu dreptul comun în materie, respectiv Legea nr. 554/2004 [...]. O atare interpretare nu este de natură a nesocoti principiul *specialia generalibus derogant*, întrucât dispozițiile art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 nu derogă de la prevederile de drept comun ale art. 1 din Legea nr. 554/2004, ci reprezintă tocmai o aplicare concretă a acestora în materia răspunderii disciplinare a magistraților. Cu alte cuvinte, legiuitorul a identificat, *prima facie*, că persoana care poate justifica un interes personal și direct în contestarea rezoluției de clasare este persoana care a formulat sesizarea, însă pot exista și alte situații în care o altă persoană să poată justifica un interes legitim privat în contestarea acestei rezoluții, chiar dacă soluția dată de inspectorul judiciar îi este, la prima vedere, favorabilă”. Totodată, instanța a stabilit că, în niciun caz, la evaluarea activității reclamantei, nu va putea fi reținută ca temei rezoluția de clasare a sesizării. De asemenea, prin sentința civilă prin care s-a soluționat cauza în cadrul căreia a fost invocată excepția de neconstituționalitate ce formează obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 316D/2018, instanța a considerat că rezoluția de respingere a sesizării este un act administrativ unilateral cu caracter complex, având atât scopul de a soluționa sesizarea formulată în condițiile art. 45 alin. (2) din Legea nr. 317/2004 prin respingere, cât și de a finaliza cercetarea disciplinară față de magistratul vizat. În consecință, instanța a stabilit că magistratul vizat de cercetarea disciplinară ca subiect pasiv al acelui raport juridic și a cărui conduită profesională este analizată în conținutul rezoluției de respingere a sesizării nu poate fi exclus din categoria persoanelor ce pot investi instanța de judecată cu exercitarea controlului judiciar asupra acestui act administrativ, în măsura în care este vătămat prin conținutul său. Așadar, principiile specifice materiei contenciosului administrativ sunt în sensul asigurării accesului la instanță în beneficiul persoanei vătămate de un act administrativ, astfel cum este definită aceasta la art. 2 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 554/2004. A mai considerat instanța că magistratul vizat de cercetarea disciplinară este titularul unui interes legitim privat, astfel că temeiul admisibilității acțiunii reclamantilor se regăsește în art. 1 alin. (1), art. 2 alin. (1) lit. a), c) și p) și art. 8 alin. (1) din Legea nr. 554/2004.

35. Pentru considerentele expuse mai sus, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992, cu unanimitate de voturi,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge, ca inadmisibilă, excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 47 alin. (5) din Legea nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, în forma anterioară intrării în vigoare a Legii nr. 234/2018 pentru modificarea și completarea Legii nr. 317/2004 privind Consiliul Superior al Magistraturii, excepție ridicată de Carmen Oana Cadea în Dosarul nr. 7.787/2/2017 și de Simona Lucia Marinescu și de Daniel Fănel Stancu în Dosarul nr. 4.506/2/2017 ale Curții de Apel București — Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal.

Definitivă și general obligatorie.

Decizia se comunică Curții de Apel București — Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Pronunțată în ședința din data de 10 martie 2020.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE
prof. univ. dr. **VALER DORNEANU**

Magistrat-asistent,
Ioana Marilena Chiorean

ORDONANȚE ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ pentru abrogarea Legii nr. 207/2016 privind reglementarea marketingului înlocuitorilor laptelui matern

În considerarea faptului că în data de 17 octombrie 2016, Ministerul Economiei, Comerțului și Relațiilor cu Mediul de Afaceri a notificat, conform procedurii prevăzute de Directiva (UE) 2015/1.535 a Parlamentului European și a Consiliului din 9 septembrie 2015 referitoare la procedura de furnizare de informații în domeniul reglementărilor tehnice și al normelor privind serviciile societății informaționale, proiectul de „Lege privind reglementarea marketingului înlocuitorilor laptelui matern” și această notificare a primit nr. 2016/0554/RO, fiind stabilită o perioadă de așteptare de 3 luni, respectiv până în data de 18 ianuarie 2017,

ținând cont că înainte de expirarea acestui termen de 3 luni Legea privind reglementarea marketingului înlocuitorilor de lapte matern a fost publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 910 din 11 noiembrie 2016,

având în vedere că în perioada de așteptare proiectul a primit o serie de observații și aviz detaliat din partea unor state membre și ca urmare perioada de așteptare a proiectului s-a prelungit cu încă 3 luni, până în data de 18 aprilie 2017,

ținând cont că în data de 20 februarie 2017 Ministerul Economiei, Comerțului și Relațiilor cu Mediul de Afaceri a notificat legea și către Comisia Europeană, Direcția generală sănătate și siguranță alimentară, conform art. 45 din Regulamentul (UE) nr. 1.169/2011 al Parlamentului European și al Consiliului din 25 octombrie 2011 privind informarea consumatorilor cu privire la produsele alimentare, de modificare a Regulamentelor (CE) nr. 1.924/2006 și (CE) nr. 1.925/2006 ale Parlamentului European și ale Consiliului și de abrogare a Directivei 87/250/CEE a Comisiei, a Directivei 90/496/CEE a Consiliului, a Directivei 1999/10/CE a Comisiei, a Directivei 2000/13/CE a Parlamentului European și a Consiliului, a Directivelor 2002/67/CE și a 2008/5/CE ale Comisiei și a Regulamentului (CE) nr. 608/2004 al Comisiei,

având în vedere că reprezentanții Comisiei Europene au informat, în luna aprilie 2017, că perioada de așteptare de 3 luni, stabilită în conformitate cu Regulamentul (UE) nr. 1.169/2011, nu a început să curgă niciodată, deoarece nu s-a respectat art. 45 alin. (3) din Regulamentul (UE) nr. 1.169/2011, conform căruia toate proiectele de acte normative care prevăd includerea unor noi informații (respectiv informații suplimentare față de cele prevăzute de acquis-ul comunitar) pe etichetele produselor alimentare, se notifică Comisiei Europene în stadiul de proiect,

ținând cont că reprezentanții Comisiei Europene au recomandat abrogarea Legii nr. 207/2016, cu modificările ulterioare, și elaborarea unui nou act normativ care să fie notificat în faza de proiect,

având în vedere că Ministerul Sănătății a avut în procedură de avizare interinstituțională proiectul de „Lege privind reglementarea marketingului înlocuitorilor laptelui matern și promovarea alăptării”,

ținând cont că pe perioada de interimat a Guvernului României acesta nu era abilitat pentru adoptarea de ordonanțe de urgență sau legi și, pe cale de consecință, nici procedura de avizare a proiectului „Legii privind reglementarea marketingului înlocuitorilor laptelui matern și promovarea alăptării” nu a mai putut fi continuată,

în considerarea faptului că Legea nr. 207/2016, cu modificările ulterioare, nu poate fi implementată în totalitate, în primul rând din cauza faptului că actul normativ impune o serie de modificări noi în domeniul etichetării produselor; procedura de schimbare a etichetelor este laborioasă și de durată, astfel încât intrarea în vigoare a legii ar pune producătorii de înlocuitori ai laptelui matern în imposibilitatea conformării cu aceste cerințe fără a se genera discontinuități în furnizarea acestor produse,

ținând cont că nerespectarea procedurii de notificare către Comisia Europeană a legii în stadiul de proiect poate atrage declanșarea procedurii de constatare a neîndeplinirii obligațiilor de către România,

având în vedere că data de intrare în vigoare a Legii nr. 207/2016 este 11 mai 2020, o eventuală legiferare pe altă cale decât abrogarea legislativă, în procedură de urgență, nu ar fi de natură să confere cadrul pentru soluționarea situațiilor mai sus prezentate,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Articol unic. — Începând cu data intrării în vigoare laptelui matern, publicată în Monitorul Oficial al României, a prezentei ordonanțe de urgență se abrogă Legea Partea I, nr. 910 din 11 noiembrie 2016, cu modificările nr. 207/2016 privind reglementarea marketingului înlocuitorilor ulterioare.

PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:
Viceprim-ministru,
Raluca Turcan
Ministrul sănătății,
Nelu Tătaru

Ministrul economiei, energiei și mediului de afaceri,
Virgil-Daniel Popescu

GUVERNUL ROMÂNIEI

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ
pentru completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 64/2007 privind datoria publică

Având în vedere:

— că la nivelul Uniunii Europene și la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru se consolidează rapid capacitatea de răspuns în vederea atenuării efectelor generate de pandemia COVID-19, prin promovarea de noi mecanisme de garantare și instrumente de finanțare, adaptate la situația curentă;

— necesitatea facilitării accesării în timp util a surselor de finanțare în vederea sprijinirii efectelor generate de pandemia COVID-19, la nivelul statelor membre ale Uniunii Europene;

— necesitatea adaptării cadrului legal privind datoria publică în vederea implementării unor mecanisme de garantare și instrumente de finanțare noi, promovate la nivelul Uniunii Europene, respectiv la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru și care au la bază mecanisme similare;

— că sunt mecanisme de garantare și instrumente de finanțare a căror operaționalizare este condiționată de acceptul tuturor statelor membre de a participa la acestea;

— că, în lipsa unui cadru legal corespunzător, România nu poate să îndeplinească formalitățile necesare participării sale la Instrumentul european pentru sprijin temporar pentru atenuarea riscurilor de șomaj în situații de urgență, preconizat a fi operațional până pe data de 1 iunie 2020

și luând în considerare faptul că aceste elemente vizează interesul general public și constituie situații de urgență și extraordinare, a căror reglementare nu poate fi amânată,

în temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

Art. I. — Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 64/2007 privind datoria publică, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 439 din 28 iunie 2007, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 109/2008, cu modificările și completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. La articolul 2, după litera m) se introduce o nouă literă, litera n), cu următorul cuprins:

„n) *garanție stat membru* — angajamentul asumat în numele și în contul statului de către Guvern, prin Ministerul Finanțelor Publice, de a plăti obligațiile care derivă din participarea la mecanisme de garantare sau instrumente de finanțare instituite la nivelul Uniunii Europene, respectiv la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru.”

2. La articolul 4 alineatul (1), după litera e) se introduce o nouă literă, litera f), cu următorul cuprins:

„f) participarea la mecanisme de garantare sau instrumente de finanțare instituite la nivelul Uniunii Europene, respectiv la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru.”

3. La articolul 5, după alineatul (6) se introduc două noi alineate, alineatele (7) și (8), cu următorul cuprins:

„(7) Rambursarea datoriei publice guvernamentale, reprezentând o obligație a statului necondiționată și irevocabilă de plată a capitalului, dobânzilor, comisioanelor și a altor costuri,

inclusiv a garanțiilor aferente finanțărilor rambursabile contractate pentru participarea la mecanisme de garantare sau instrumente de finanțare instituite la nivelul Uniunii Europene, respectiv la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru, se asigură prin mecanismul aferent finanțărilor rambursabile contractate de Guvernul României, prin Ministerul Finanțelor Publice, în vederea finanțării deficitului bugetului de stat, refinanțării și rambursării anticipate a datoriei publice guvernamentale.

(8) Sumele recuperate potrivit mecanismelor de garantare sau instrumentelor de finanțare instituite la nivelul Uniunii Europene, respectiv la nivelul instituțiilor financiare internaționale la care România este stat membru și care revin României în calitate de parte la acestea se virează în contul de valută al Ministerului Finanțelor Publice deschis la Banca Națională a României.”

Art. II. — În termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Finanțelor Publice va supune spre aprobare Guvernului proiectul de hotărâre privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.470/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 64/2007 privind datoria publică, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:
Ministrul finanțelor publice,
Vasile-Florin Cițu

București, 21 mai 2020.

Nr. 77.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂȚĂII

ORDIN

privind modificarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-Cov-2

Văzând Referatul de aprobare al Direcției generale de asistență medicală și sănătate publică din cadrul Ministerului Sănătății nr. N.T. 2.775/2020,
având în vedere prevederile art. 16 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,
în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. I. — Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr. 487/2020 pentru aprobarea protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-Cov-2, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 242 din 24 martie 2020, cu modificările ulterioare, se modifică

și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății,
Horațiu Moldovan,
secretar de stat

București, 21 mai 2020.
Nr. 860.

ANEXĂ

PROTOCOL de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2

Având în vedere apariția epidemiei cu SARS-CoV-2 la sfârșitul anului 2019 în China și extinderea acesteia la nivel pandemic, precum și creșterea numărului de cazuri de COVID-19 pe teritoriul României, inclusiv a formelor severe de îmbolnăvire, se impune elaborarea unui protocol de tratament care are în vedere datele acumulate până în prezent. Acest protocol abordează situația generală a pacienților cu COVID-19, fără a aborda în detaliu situații particulare. Pentru realizarea acestui protocol au fost analizate prevederile documentelor emise de OMS și ECDC, ale ghidurilor terapeutice elaborate în China, Italia, Belgia și alte materiale publicate de la realizarea versiunii anterioare.

Prin recomandările privind îngrijirea pacienților cu infecție cu SARS-CoV-2, prezentul protocol reprezintă un sprijin pentru deciziile comisiilor de politică ale medicamentului din cadrul unităților sanitare privind utilizarea „off-label” a unor medicamente potențial active, conform art. 27 din Decretul nr. 195/2020 privind instituirea stării de urgență pe teritoriul României.

Prezentul protocol terapeutic include principii grupate în următoarele capitole:

- I. Medicație antivirală
- II. Medicație imunomodulatoare, inclusiv plasma de convalescent
- III. Managementul tulburărilor de coagulare la pacienții cu COVID-19
- IV. Antibiotice și alte antiinfecțioase
- V. Suportul funcțiilor vitale
- VI. Alte măsuri terapeutice

I. Medicație antivirală

Evoluția COVID-19 are o fază inițială dominată de replicarea virală, cu o durată variabilă; în acest interval de timp pacientul trece printr-o perioadă presimptomatică pentru a deveni simptomatic. Medicația antivirală trebuie administrată cât mai precoce după stabilirea diagnosticului (de dorit de la începutul perioadei simptomatice), urmărindu-se:

— limitarea riscului de trecere a pacientului către faza dominată de manifestări inflamatorii, în care apar mai frecvent manifestări severe de boală;

— reducerea duratei de evoluție a bolii, cu scurtarea spitalizării pacientului, ceea ce crește siguranța pacientului și implicit reduce impactul asupra consumului de resurse de asistență spitalicească per pacient.

Persoanele infectate cu SARS-CoV-2 care rămân asimptomatice pe toată durata evoluției infecției nu primesc tratament, întrucât nu s-a demonstrat că ar reduce durata de excreție a virusului.

Antivirale potențial active împotriva SARS-CoV-2

— (hidroxi) clorochina

Hidroxiclorochina a demonstrat activitate *in vitro* împotriva SARS-CoV-2, precum și unele rezultate pozitive în tratamentul pacienților cu COVID-19. Yao X și colegii au descoperit că, în comparație cu clorochina, hidroxiclorochina inhibă SARS-CoV-2 de 7,6 ori mai eficient *in vitro*. Hidroxiclorochina este mai bine tolerată față de clorochină și are mai puține interacțiuni medicament-medicament; în plus, a fost utilizată pe scară largă și în tratamente de durată în reumatologie, fără a genera efecte adverse în proporții semnificative. Mecanismul molecular de acțiune al clorochinei și hidroxiclorochinei nu a fost complet

elucidat. În primul rând, cele două medicamente pot modifica pH-ul de la suprafața membranei celulare și, astfel, inhibă fuziunea virusului cu membrana celulară. De asemenea, pot inhiba replicarea acidului nucleic, glicozilarea proteinelor virale, asamblarea virusului și eliberarea virusului din celula infectată. Datele publicate în 17 martie 2020 de către grupul coordonat de Gautret C. care au evaluat 42 de pacienți indică o debarasare de virus mai rapidă la pacienții cu COVID-19 care au primit hidroxichlorchină.

Balanța beneficii/riscuri posibile (eficiența *in vitro*, posibila eficiență în clinică și riscul redus de efecte adverse) a plasat hidroxichlorochina drept o alternativă terapeutică antivirală în acest stadiu al evoluției pandemiei de COVID-19, ceea ce a dus inclusiv la obținerea autorizației provizorii de utilizare în SUA.

— Inhibitorii de protează

Lopinavirul este un inhibitor de protează utilizat pentru a trata infecția HIV, asociat cu ritonavir pentru creșterea disponibilității sale. Lopinavirul are un oarecare grad de activitate împotriva coronavirusurilor *in vitro*, inclusiv împotriva SARS-CoV-2. Datele clinice publicate până în prezent sunt discordante. Trei studii observaționale nu au reușit să identifice o reducere a duratei de excreție a virusului la pacienții tratați cu lopinavir/ritonavir, comparativ cu favipiravir sau cu placebo, în timp ce în timpul epidemiei din Wuhan utilizarea lopinavir/ritonavir a determinat eliminarea mai rapidă a virusului în cazul administrării precoce, în faza inițială virală, în primele 10 zile de la debutul simptomatologiei. Într-un studiu clinic randomizat efectuat asupra a 200 de pacienți cu forme medii și severe, Cao și colegii au arătat că lopinavir/ritonavir a determinat o regresie mai rapidă a simptomelor și a redus rata de decese, fără ca diferența să atingă pragul semnificației statistice; de menționat că inițierea tratamentului viral s-a făcut relativ tardiv în acest studiu. Într-un alt studiu simplu-orb (ELACOI Trial) cu 44 de pacienți cu forme ușoare-medii de boală, lopinavir/ritonavir a generat mai multe efecte adverse și nu a redus durata de excreție virală în comparație cu umifenovir sau cu placebo. Aceste rezultate, chiar dacă poate fi invocat numărul insuficient de pacienți pentru o afecțiune cu o mortalitate redusă, au determinat un recul al utilizării lopinavir/ritonavir pentru tratamentul COVID-19. Totuși, având în vedere datele favorabile existente, acest medicament rămâne încă o alternativă, în absența unor medicamente mai eficiente. Un plus suplimentar este legat de forma de administrare lichidă — utilizabilă la pacientul intubat orotraheal și la nou-născut.

Darunavir/Cobicistat și atazanavir/ritonavir au fost utilizate ca alternative pentru pacienții care nu tolerează lopinavir/ritonavir, dar experiența cu ele este mult mai limitată; producătorul darunavir/cobicistat afirmă lipsa de eficiență *in vitro* a acestui produs împotriva SARS-CoV2 și descurajează utilizarea sa la pacienți cu COVID-19, așa încât utilizarea sa ar trebui evitată.

— Remdesivir

Remdesivirul este un alt antiviral potențial util pentru tratamentul COVID-19, care inhibă ARN polimeraza ARN dependentă, blocând prematur transcripția ARN. Are activitate *in vitro* împotriva coronavirusurilor, inclusiv împotriva SARS-CoV-2. Medicamentul a finalizat faza III clinică pentru tratamentul infecției cu virusul Ebola și există date relativ complete de farmacocinetică pentru organismul uman. Datele obținute în studii clinice în tratamentul COVID-19 au fost contradictorii; Wang și col. au inclus 237 de pacienți într-un studiu comparativ remdesivir versus placebo, care a fost întrerupt prematur din cauza lipsei de eficiență și a unei rate sporite de efecte adverse: 12% față de 5% placebo. Într-un alt studiu care include 1.063 de pacienți cu forme severe tratați cu remdesivir versus placebo, a existat un beneficiu discret în termeni de mortalitate: 8% versus 11,8% ($p = 0,06$) și de durată până la ameliorare: 11 zile

față de 15 zile, $p = 0,01$. Un avantaj pentru utilizarea în formele severe este administrarea sa parenterală. În prezent este utilizat în studii clinice și poate fi obținut pentru utilizare compasională individuală doar pentru gravide sau pentru copii cu forme severe de COVID-19. Este în curs de elaborare și un program de „acces precoce” în mai multe state ale Uniunii Europene, prin care autoritatea națională gestionează utilizarea remdesivirului, pe baza unei recomandări științifice elaborate de EMA.

— Alte antivirale potențial active

Umifenovirul are efect împotriva virusurilor gripale și este utilizat în această indicație în Rusia și în China; acțiunea antivirală se bazează pe blocarea pătrunderii virusului în celule (inhibitor de fuziune) și pe efectul imunomodulator. Un avantaj al său este reprezentat de efectele adverse reduse. În cadrul epidemiei de infecții cu SARS-CoV-2 din China, umifenovirul a fost utilizat în asociere cu alte virale; Deng L. și col. au constatat că la pacienții cu pneumonii necomplicate în cadrul COVID-19 asocierea umifenovirului (200 mg la câte 8 ore) cu lopinavir/ritonavir a permis debarasarea mai rapidă de virus la nivel nazofaringian și o mai rapidă regresie a modificărilor imagistice pulmonare față de pacienții care au primit monoterapie cu lopinavir/ritonavir. În prezent există două studii clinice în derulare în care este evaluat efectul umifenovirului, comparat cu lopinavir/ritonavir, respectiv cu tratamentul standard fără antivirale. Umifenovirul se poate utiliza și la copiii peste 12 ani în cazul infecției SARS-CoV-2; pentru alte infecții virale se poate folosi începând cu vârsta de 2 ani (25% din dozele adultului pentru copii de 2—7 ani și 50% din dozele adultului pentru copii de 7—12 ani).

Având în vedere rezultatele favorabile comunicate și rata redusă de efecte adverse legate de administrarea sa, umifenovirul reprezintă o soluție pentru utilizarea în asociere cu alt antiviral mai dificil de tolerat (lopinavir/ritonavir, remdesivir sau hidroxichlorochină).

Favipiravirul este un inhibitor al ARN-polimerazei care s-a utilizat pentru gripă și infecția cu virus Ebola. El a fost inițial produs în Japonia, dar utilizat mult mai frecvent în China; din cauza efectelor teratogene, în Japonia utilizarea sa este autorizată doar pentru situații speciale cum ar fi epidemii sau infecții emergente cu virusuri gripale. În cazul infecției cu SARS-CoV-2, favipiravirul a avut o eficacitate superioară în privința eradicării virale și a regresiei imaginilor pulmonare atât față de lopinavir/ritonavir, cât și față de umifenovir; dozele folosite au fost 1.600 mg la 12 ore în prima zi, apoi 600 mg la 12 ore timp de 7—14 zile. Medicamentul nu poate fi administrat la copii, la bărbați în perioadă de maximă fertilitate (se concentrează în lichidul seminal) și la femeile însărcinate (riscuri teratogen); a fost folosit în China la pacienți din grupe de vârstă fertilă doar dacă aveau testul de sarcină negativ și întotdeauna asociat cu medicație contraceptivă pe durata tratamentului și minimum 7 zile după oprirea tratamentului; bărbaților li s-a recomandat utilizarea de prezervativ pentru cel puțin o săptămână după externare.

Având în vedere criteriile selective de includere, necesitatea informării pacienților, necesitatea efectuării unui test suplimentar și a administrării de contraceptive care pot avea interacțiuni medicamentoase semnificative, favipiravirul rămâne o alternativă terapeutică, în cazurile în care alte antivirale nu sunt disponibile și în care toate condițiile menționate pentru evitarea pentru administrarea în siguranță sunt îndeplinite — de exemplu, la pacientele aflate la menopauză.

— Inhibitorii de neuraminidază

Administrarea de oseltamivir, peramivir sau zanamivir nu se justifică pentru tratamentul COVID-19, deoarece acest virus nu are neuraminidază; se recomandă asocierea medicației antigripale (oseltamivirul este disponibil în România) la pacientul cu COVID-19 până la excluderea diagnosticului de gripă prin

test de amplificare genică sau atât cât este necesar pentru tratamentul unei infecții concomitente cu un virus gripal.

În concluzie, tratamentul antiviral ar trebui început cât mai rapid după debutul simptomatologiei, va include două antivirale, întrucât nu există date certe privind eficiența ridicată a vreunuia dintre cele utilizabile, iar alegerea acestora va depinde de efectele adverse posibile și de patologiile pacientului, precum și de disponibilitatea unuia sau altuia dintre antivirale la un moment dat. Forma de administrare influențează de asemenea alegerea antiviralelor — de preferat, remdesivir iv și/sau lopinavir/ritonavir sirop pentru pacienții cu forme severe (intubați).

II. Medicație imunomodulatoare

Faza inițială infecțioasă este urmată la unii pacienți de o a doua etapă, în care este exacerbat răspunsul inflamator-imun; în plan clinic aceasta este asociată cu recrudescența/agravarea simptomatologiei, mai ales a celei pulmonare, și o parte importantă dintre cazurile cu evoluție nefavorabilă sunt reprezentate de pacienți cu răspuns inflamator excesiv („furtună de citokine”), care sunt de multe ori adulți fără patologii anterioare cunoscute. În același timp, un alt subset de pacienți poate avea un deficit de imunitate care împiedică realizarea controlului infecției SARS-CoV-2 și predispune la suprainfecții (aici sunt mai frecvent pacienți din grupele clasice de risc).

Este importantă monitorizarea biologică cât mai amplă pentru a surprinde momentul accentuării reacției inflamatorii, cu ajutorul: proteinei C reactive, LDH, hemogramă (limfocite, trombocite), feritină, IL-6, fibrinogen, D-dimeri.

Prin administrarea de medicație imunomodulatoare se încearcă reducerea riscului de evoluție nefavorabilă, inclusiv de deces, la aceste categorii de pacienți. Efectele benefice scontate pot fi contrabalansate de o imunodepresie prea intensă, cu întârzierea eradicării infecției SARS-CoV2 și posibile reactivări de infecții cronice: tuberculoză, pneumocistoză, HSV, hepatite virale cronice.

Principalele încercări terapeutice în acest scop s-au bazat pe: corticoizi sistemici, imunosupresoare/modulatoare, plasmă de convalescent.

Corticoizi sistemici

Rezultatele la pacienți cu infecție cu SARS-CoV-1 au fost analizate în cadrul mai multor studii: 25 de studii nu au furnizat rezultate concludente, iar în 4 alte studii s-a constatat o agravare a evoluției bolii.

În schimb, corticoizii reprezintă principalul tratament în controlul sindromului de eliberare excesivă de citokine. Utilizați la pacienți cu detresă respiratorie acută în cadrul COVID-19, corticoizii au permis reducerea semnificativă a letalității, la 46% față de 62% la cei care nu au primit corticoizi. Indicația specifică este în cazurile de COVID-19 cu exces de inflamație și eventual pneumonie în evoluție, când administrarea ar trebui să se inițieze cât mai precoce: metilprednisolon (1—2 mg/kgc/zi) sau dexametazonă, 16—20 mg/zi, pentru 5—7 zile.

La pacienți cu COVID-19 este de asemenea justificat să se administreze corticosteroizi:

— la cazurile care au o altă indicație de utilizare a acestora, cum ar fi criza de astm bronșic, BPCO acutizat sau insuficiența suprarenaliană;

— în cazurile de șoc septic neresponsiv la amine vasopresoare (HHC, de regulă 50 mg la 6 ore).

Imunomodulatoare

— Tocilizumab

Acest antagonist de receptor de IL-6 a fost folosit la un subgrup de pacienți cu forme severe de COVID-19 la care există o activare excesivă a inflamației („furtună de citokine”). Identificarea pacienților care ar beneficia de administrarea de tocilizumab se poate face pe baza unor parametri cum ar fi creșterea nivelului feritinei, scăderea numărului de limfocite și de trombocite, creșterea proteinei C reactive, a fibrinogenului și

a nivelului de D-dimeri. Există date comunicate de Xu și col. privind eficiența tocilizumabului la o serie de 21 de pacienți din China; în urma administrării a 1—2 doze de tocilizumab s-a obținut afebrilitate la toți pacienții, scăderea necesarului de oxigen și corecția parțială a limfopeniei. În experiența clinică a autorilor, rezultatele obținute cu tocilizumab asociat cu corticoizi au fost favorabile, în urma administrării unor doze de 8 mg/kgc, repetat la 8—12 ore, până la maximum 3 administrări.

Există riscuri legate de reactivarea unei tuberculoze, citoliză hepatică, hipercolesterolemie.

— Baricitinib

Baricitinib este un inhibitor de JAK (Janus kinază) utilizat în tratamentul formelor cu severitate medie și mare de poliartrită reumatoidă, cu administrare orală, în doză standard de 4 mg/zi, cu o rată redusă de reactivări infecțioase. Cantini F. și col. au utilizat baricitinib timp de 14 zile în asociere cu lopinavir/ritonavir pentru tratamentul a 12 pacienți cu pneumonii cu severitate medie în cadrul COVID-19. S-au obținut ameliorări clinice la toți pacienții; într-un singur caz tratamentul a fost întrerupt în ziua a 10-a din cauza citolizei hepatice, mai probabil cauzată de lopinavir/ritonavir.

— Anakinra

Anakinra este un antagonist de receptori de IL-1, înregistrat în prezent în tratamentul poliartritei reumatoide și al bolii Still; se administrează subcutanat, 100 mg/zi, dar în forme severe de boli inflamatorii se poate ajunge la 400 mg/zi. Pentru tratamentul sepsisului sever au fost folosite off-label doze de până la 3.600 mg/zi în perfuzie continuă, timp de câteva zile, fără reacții adverse în exces în raport cu dozele standard. În cazul COVID-19 s-a propus utilizarea subcutanată sau intravenoasă de 200—400 mg/zi, timp de câteva zile (până la 10 zile).

— Plasma de convalescent va fi utilizată în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 654/2020 privind aprobarea Metodologiei pentru colectarea, testarea, procesarea, stocarea și distribuția plasmei de la donator vindecat de COVID-19 și utilizarea monitorizată pentru pacienții critici cu COVID-19 din secțiile ATI.

III. Managementul tulburărilor de coagulare la pacienții cu COVID-19

Tromboembolismul venos — TEV (tromboza venoasă profundă — TVP și embolia pulmonară — EP) reprezintă o complicație comună în bolile infecțioase acute, riscul de TEV fiind crescut în aceste boli de 2—32 ori.

Incidența TEV la pacienții cu COVID-19 nu a fost încă stabilită. Există argumente care demonstrează asocierea unui status de hipercoagulabilitate la pacienții cu COVID-19. Hipercoagulabilitatea este legată de sindromul inflamator sistemic, disfuncția endotelială, creșterea nivelului de factor VIII și factor von Willebrand. La acest status hipercoagulant, riscul de tromboză crește prin asocierea de factori adiționali de risc: sarcina, imobilizarea prelungită, deshidratarea, vârsta, consumul de anticoncepționale, obezitatea, bolile asociate, citostatice, intervenții chirurgicale, terapia cu steroizi etc.

Riscul de TEV este semnificativ crescut la pacienții admiși în terapie intensivă — Klok demonstrează într-un studiu pe 184 de pacienți internați în terapie intensivă în martie—aprilie 2020 o incidență crescută a complicațiilor trombotice (31%) în toate grupele de vârstă.

Obiectivul acestui document este să asigure medicului clinician, care tratează pacienți COVID-19, un set de recomandări generale și specifice privind anomaliile de coagulare și terapia anticoagulantă:

A. Recomandări generale

1. Pacienții COVID-19 asimptomatici nu necesită anticoagulare de rutină. Fac excepție pacienții anticoagulați cronic (la care se va continua terapia curentă, urmărind ca aceasta să fie administrată în dozele optime și monitorizându-i eficiența

acolo unde este necesar) și pacienții cu risc tromboembolic înalt generat de alte condiții medicale.

2. Toți pacienții COVID-19 simptomatici au indicație de anticoagulare de rutină. Regimul terapeutic (profilactic sau curativ) va fi selectat în mod individual, în funcție de clasa de risc tromboembolic, luând în considerare particularitățile individuale și riscul hemoragic.

3. Pentru calcularea riscului tromboembolic pot fi folosite scorurile consacrate pentru pacienții internați cu afecțiuni medicale — scorul PADUA (tabelul 1), dar în evaluarea individuală trebuie să fie luați în considerare și factorii de risc specifici pentru pacienții COVID-19: simptome de insuficiență respiratorie, frecvența respiratorie > 24 respirații/minut, SaO₂ < 90%, valori crescute ale PCR și fibrinogenului, valori în creștere ale D-dimerilor — prezența acestora încadrând pacienții în clasa de risc mare.

4. Au indicație de anticoagulare curativă pacienții cu risc tromboembolic mare și risc hemoragic mic. Pentru pacienții admiși în ATI — este de preferat alegerea HNF cu un APTT țintă 60—85 sec. sau ca alternativă enoxaparina 1 mg/kgc x 2/zi. Pentru ceilalți pacienți spitalizați în secțiile de boli infecțioase sau alte secții medicale este de preferat enoxaparina 1 mg/kgc x 2/zi (sau altă HGMM în doză echivalentă) sau HNF cu APTT țintă 60—85 sec.

5. Clasa de risc se revaluează periodic, modificarea tabloului clinic, biologic sau imagistic generând necesitatea ajustării deciziilor terapeutice.

6. Pacienții cu indicație de anticoagulare orală cronică necesită evaluarea interacțiunilor medicamentoase, în prezența acestora fiind recomandată trecerea la anticoagulant injectabil (HNF sau HGMM) în doză terapeutică. La pacienții cu proteze valvulare metalice, cu proteze vasculare sau cu dispozitive cardiace implantabile, alegerea tratamentului anticoagulant va fi decisă în urma unui consult cardiologic.

Tabelul 1 — Scorul Padua

Risc crescut pentru tromboembolismul venos ≥ 4

Caracteristici clinice	Scor
Cancer activ*	3
Istoric de embolie pulmonară/tromboză venoasă profundă	3
Mobilitate redusă**	3
Trombofilie diagnosticată***	3
Traumatisme/Intervenții chirurgicale recente (≤ 1 luni)	2
Vârsta > 70 ani	1
Insuficiență cardiacă/respiratorie	1
Infarct miocardic/Accident vascular cerebral ischemic	1
Infecție acută și/sau boli reumatologice	1
Obezitate (IMC ≥ 30)	1
Tratament hormonal	1

* Pacienți cu metastaze și/sau la care s-a efectuat chimioterapie sau radioterapie în ultimele 6 luni.

** Imobilizare la pat (cu posibilitatea deplasării la baie) fie datorită limitărilor pacientului, fie la recomandare medicală, timp de cel puțin 3 zile.

*** Deficit de antitrombină, proteina C sau S, factor V Leiden, mutația protrombinei G20210A, sindrom antifosfolipidic

B. Recomandări specifice

1. Teste de coagulare la internare:

D-dimeri, timpul de protrombină, trombocite — acești parametri sunt folosiți pentru stratificarea pe grupe de risc a pacienților cu COVID-19. Medicul clinician trebuie să știe că

există multe instrumente de determinare a D-dimerilor și există mare diversitate în ceea ce înseamnă intervalul de referință, respectiv unitățile de măsură pentru nivelul D-dimerilor.

Nivelul D-dimerilor care indică prognostic negativ este variabil, în funcție de studiu, instrumentul utilizat, unitățile de măsură.

În general, o creștere de 3—4 ori a D-dimerilor față de valoarea normală reprezintă un prognostic negativ (ghid ISTH).

Alte teste de coagulare necesare: APTT, fibrinogen, INR, timpul de trombină, PDF.

Este foarte important istoricul pacientului, deoarece prezența unor boli poate fi o explicație pentru anumite anomalii observate în coagulare: hemofilia, trombofilia, purpura trombocitopenică imună, ciroza hepatică, istoricul de tromboze, terapia anticoagulantă/antiagregantă, diabetul zaharat, colagenozele, vasculitele.

2. Teste de coagulare care se monitorizează

Este nevoie de repetarea regulată a următoarelor analize: număr trombocite, timp de protrombină/AP/INR, D-dimeri, APTT, fibrinogen, nivel antitrombină (dacă este posibil).

Prelungirea PT, APTT, creșterea D-dimerilor, scăderea fibrinogenului și a trombocitelor indică evoluție spre coagulare intravasculară diseminată (CID). Pentru diagnosticul de CID se recomandă scorul ISTH (International Society of Thrombosis and Haemostasis) — tabelul 2.

Tabelul 2

Parametrii de monitorizat	Scor
Nr. trombocite > 100 x 10 ⁹ /L 50—100 x 10 ⁹ /L < 50 x 10 ⁹ /L	0 1 2
D-dimer: — normal — creștere moderată (1—10 ori limita superioară a normalului) — creștere puternică (> 10 ori limita superioară a normalului)	0 2 3
Fibrinogen > 1.0 g/L ≤ 1.0 g/L	0 1
Timp de trombină prelungit cu: < 3 secunde 3—6 secunde > 6 secunde	0 1 2
Diagnostic cert de CID	Minimum 5 puncte

Evoluția spre CID reprezintă un factor de prognostic negativ. Conform studiului lui Tang, 71,4 % dintre pacienții decedați au făcut CID în ziua a 4-a și numai 0,6% dintre supraviețuitori au avut această complicație. De asemenea, autorii au observat un prognostic negativ la pacienții care au prezentat creșterea semnificativă a nivelului de D-dimeri, prelungirea TP și scăderea fibrinogenului în ziua a 10-a, respectiv în ziua a 14-a.

Dacă există suspiciune de CID, sunt necesare și froitiul de sânge periferic (pentru schizocite) și numărul de reticulocite, pentru a demonstra anemia hemolitică microangiopatică.

3. Anticoagularea profilactică la pacienții simptomatici internați cu COVID-19

Societatea Americană de Hematologie și Societatea Internațională de Hemostază și Tromboză recomandă anticoagulare cu doze profilactice de heparină cu greutate

moleculară mică (HGMM) la toți pacienții spitalizați pentru COVID-19, dacă nu există contraindicații majore (sângerare activă). Prolungirea PT/INR sau APTT nu reprezintă contraindicație pentru anticoagulare, dar aceasta se va opri dacă numărul de trombocite scade sub $25 \times 10^9/L$ (25.000/mm³) și/sau fibrinogenul scade sub 0,5 g/L (47).

Doza echivalentă de administrare (subcutanată) a HGMM pentru trombotrofia pacienților cu risc mic sau intermediar (la decizia medicului curant):

- enoxaparin (clexane) — pentru pacienții cu clearance la creatinină (ClCr) > 30 mL/min, o singură doză de 40 mg/zi; pentru ClCr 15 la 30 mL/min — o singură doză de 30 mg/zi;
- dalteparin (fragmin) — o doză de 5.000 unități/zi;
- nadroparin (fraxiparin) — pentru pacienții cu $G \leq 70$ kg, o singură doză de 3.800 sau 4.000 unități anti factor Xa/zi; pentru pacienții cu $G > 70$ kg, o singură doză de 5.700 unități/zi;
- tinzaparin (innohep) — o singură doză de 4.500 unități anti-Xa/zi.

Se recomandă adaptarea dozelor de HGMM în funcție de anumite situații clinice particulare (boli asociate precum boala renală, obezitatea).

Pentru pacienții cu ClCr sub 15 mL/min sau în program de dializă se recomandă heparina nefracționată.

La pacienții cu obezitate importantă sau în alte circumstanțe clinice și biologice particulare (la decizia medicului curant) doza de HGMM poate fi crescută — enoxaparină 40 mg subcutanat de două ori pe zi.

Dacă sub terapia anticoagulantă în doze profilactice pacientul prezintă agravarea tabloului biologic (creștere semnificativă a nivelului de D-dimeri, tendință la trombocitopenie în dinamică), se ridică suspiciunea de TVP, EP sau CID. În această situație, decizia de anticoagulare la doze terapeutice sau schimbarea pe heparină nefracționată în doze terapeutice se va lua în discuție, în consult și cu colegii din ATI, hematologie și cardiologie.

La pacienții cu istoric de trombocitopenie indusă de heparină se recomandă fondaparina (arixtra) — 2,5 mg o dată pe zi subcutanat.

La pacienții cu contraindicație de anticoagulare se recomandă trombotrofia mecanică.

Nu se recomandă folosirea anticoagulantelor orale (în special DOAC — anticoagulante directe) din cauza unor posibile interacțiuni cu alte medicamente administrate pacientului cu COVID-19, prezența acestora în tratamentul curent al pacienților COVID-19 necesitând trecerea la anticoagulare parenterală în doză curativă (HGMM sau HNF).

4. Anticoagularea profilactică la pacienții externati

Se recomandă continuarea anticoagularii profilactice la toți pacienții cu COVID-19 și risc crescut de TEV: externare din terapie intensivă, mobilizare limitată, istoric de TEV, cancer activ, obezitate, trombofilie, nivel crescut de D-dimeri.

Se poate administra HGMM sau rivaroxaban 10 mg PO zilnic, pentru o perioadă de 39—45 de zile. În toate cazurile se va lua în discuție riscul hemoragic.

5. Managementul CID/EP/TVP

Tratamentul acestor complicații se va face în colaborare cu specialiștii din secțiile de cardiologie și terapie intensivă.

O particularitate interesantă a CID-ului, care complică evoluția pacienților cu COVID-19, este că sângerările apar rar, deși tulburările de coagulare sunt severe. Pentru a evita complicațiile trombotice (care sunt mult mai frecvente), se recomandă ca terapia de substituție (ME, PPC, preparate trombocitare) să fie bine individualizată. Această terapie de substituție nu trebuie administrată numai pe baza analizelor de coagulare, ci numai la pacienții cu sângerare activă, risc crescut de sângerare sau cei care urmează să facă proceduri cu risc de sângerare.

Rolul acidului tranexamic nu este cunoscut și nu se recomandă utilizarea lui.

Trebuie să avem în vedere că nu există studii randomizate care să ofere informații cu grad înalt de recomandare și că, de

asemenea, cunoștințele noastre și managementul în COVID-19 sunt într-o evoluție rapidă.

IV. Antibiotice și alte antiinfecțioase (cu excepția celor specifice COVID-19)

Administrarea de antibiotice și, mai larg, de antiinfecțioase la pacienții cu COVID-19 are ca obiective:

- tratarea infecțiilor inițiale asociate COVID-19;
- tratarea infecțiilor asociate asistenței medicale, de asemenea mai frecvent respiratorii, dar și cu alte localizări: de părți moi, infecții sistemice, inclusiv a cazurilor de sepsis și șoc septic;
- o situație aparte de infecții asociate asistenței medicale o reprezintă reactivarea unor infecții latente la pacienții care primesc tratament imunosupresor (tuberculoză, infecții herpetice, pneumocistoză).

În prima perioadă de evoluție a bolii pacientul cu COVID-19 poate avea infecții bacteriene concomitente, de regulă respiratorii, care pot genera tuse productivă, procalcitonină serică crescută de la început sau în creștere, leucocitoză cu neutrofilie, aspect radiologic de opacități pulmonare alveolare, D-dimeri > 1 μg/ml. Riscul de infecții bacteriene concomitente pare să fie semnificativ mai mic decât la pacienții cu gripă. Este util un screening bacteriologic cu testarea prezenței urinare de antigene de pneumococ sau de *Legionella*, serologii pentru bacterii atipice, hemoculturi. Antibioticele recomandate în pneumonia precoce instalată sunt cele recomandate pentru formele comunitare: amoxicilină clavulanat 1,2 g iv la 8 ore + doxiciclină 100 mg la 12 ore sau moxifloxacină 400 mg/zi (pentru gravide: ceftriaxonă + azitromicină); durata de administrare nu va depăși 5—7 zile. Doxiciclinei i-a fost atribuit un rol favorabil suplimentar, de posibil inhibitor al IL-6. Fluorochinolona ar fi de evitat la pacienții cu tulburări de ritm sau de conducere. Deși Gautret semnaleză eficiența azitromicinei în asociere cu hidroxichlorochina, o analiză realizată pentru doar șase cazuri nu poate susține includerea acestui antibiotic în tratamentul standard al COVID-19 și/sau al coinfecțiilor bacteriene în condițiile rezistenței frecvente a pneumococilor la macrolide în România. Un studiu efectuat de Gautret și colaboratorii pe un lot de 1.064 de pacienți cu hidroxichlorochină și azitromicină a arătat lipsa efectelor secundare, evoluție clinică favorabilă și clearance viral în 91% din cazuri la 10 zile.

Apariția pneumoniei asociate ventilației mecanice a fost rară la pacienții cu COVID-19, chiar dacă durata medie de ventilație a fost de aproximativ 3 săptămâni; într-o analiză a 150 de cazuri îngrijite la Wuhan, suprainfecția bacteriană a fost consemnată la 1% dintre cei care au supraviețuit și la 16% dintre cei care au decedat. În cazul apariției unei pneumonii asociate ventilației mecanice se va utiliza o schemă de tratament adaptată circulației microbiene din respectivul serviciu de terapie intensivă. Într-o metaanaliză Lippi M. arată că valori ale procalcitoninei serice de peste 0,5 ng/ml sunt corelate cu risc sporit de evoluție nefavorabilă.

După administrarea de imunosupresoare pentru controlul sindromului de eliberare excesivă de citokine (de exemplu, tocilizumab, baricitinib, anakinra), pacientul trebuie supravegheat pentru riscul de suprainfecții bacteriene, reactivarea tuberculozei latente, reactivarea infecțiilor herpetice sau a unei pneumocistoze; pentru a putea evalua cât mai corect aceste riscuri, recomandăm alături de anamneză și recoltarea și stocarea unei probe de sânge anterior primei administrări de imunosupresor, din care să se poată efectua teste serologice (HSV), Quantiferon TB-Gold, alte teste.

În concluzie, administrarea de medicație antiinfecțioasă, în afara celei specifice pentru COVID-19, este indicată la categorii restrânse și bine definite de pacienți cu acest sindrom. Utilizarea corectă a anamnezei, a datelor de examen fizic, a testelor biologice (în primul rând procalcitonina și hemoleucograma), a explorărilor imagistice și a testelor microbiologice (hemoculturi, alte examene) poate permite utilizarea judicioasă a antibioticelor necesare pentru rezolvarea problemelor infecțioase asociate COVID-19. Având în vedere relativa raritate a infecțiilor asociate

acestui sindrom, situația actuală poate avea o consecință neintenționată favorabilă, și anume limitarea presiunii de selecție de microorganisme rezistente la antibiotice și restrângerea circulației acestor microorganisme.

V. Suportul funcțiilor vitale

Îngrijirea pacienților cu forme severe și critice de COVID-19 se va face de către medici de terapie intensivă. Deși în cele câteva luni care au trecut de la debutul pandemiei au fost descrise multiple sindroame care pot pune în pericol prognosticul pacientului cu COVID-19 (disfuncții hemodinamice, insuficiență renală acută, suprainfecții bacteriene severe), principalul risc vital rămâne afectarea respiratorie severă și de aceea o atenție deosebită trebuie acordată monitorizării funcției respiratorii la pacientul COVID-19. Scăderea saturației de O₂ la 92% în aerul atmosferic la pacienți în repaus, fără suferință respiratorie anterioară, impune evaluarea rapidă a gazometriei arteriale și îmbogățirea aerului inspirat cu oxigen; măsuri suplimentare pentru reducerea hipoxemiei sunt decise de medicul de terapie intensivă. Obiectivul este de a evita agravarea hipoxiei tisulare fără a recurge pe cât posibil la intervenții mai invazive precum ventilația mecanică cu IOT sau oxigenarea extracorporeală. Dintre metodele posibile de intervenție este de avut în vedere că ventilația noninvazivă este o procedură care comportă un risc ridicat de aerosolizare de SARS-CoV-2, mai ales în varianta de ventilație pe mască.

Elementele de detaliu în această privință depășesc scopul acestui protocol terapeutic.

VI. Alte măsuri terapeutice pot fi utile în majoritatea cazurilor:

- combaterea febrei (acetaminofen), a mialgiilor;
- combaterea insomniilor;
- limitarea anxietății pentru ameliorarea stării generale — lorazepam;
- combaterea greței, vărsăturilor — metoclopramid, ondasetron, eventual dexametazonă;

— la pacienții cu secreții respiratorii vâscoase — în cadrul COVID-19 sau al unei suprainfecții bacteriene — se poate recurge la fluidificarea secrețiilor prin nebulizări cu acetilcisteină și beta-mimetice sau cu soluție hipertonică și beta-mimetic;

— profilaxia escarelor la pacientul imobilizat/sever impune modificarea poziției la fiecare două ore;

— profilaxia ulcerului de stres prin antisecretorii gastrice și reluarea rapidă a nutriției enterale;

— există un risc de potențare a activității între statine și inhibitorii de protează asociați cu ritonavir; de aceea este propusă limitarea dozei de atorvastatin la 20 mg/zi;

— în formele cu inflamație importantă și/sau hipoxemie la pacienți diabetici riscul de cetoacidoză este mai mare și se recomandă corectare cu insulină cu acțiune rapidă.

Intervenții terapeutice controversate sau aparent inutile

• Deși s-a discutat necesitatea înlocuirii inhibitorilor ACE și/sau a sartanilor din tratamentul pacientului diagnosticat cu COVID-19 dacă îi primea anterior, grupul Societatea Europeană de Cardiologie — grupul pentru HTA a emis la 13 martie 2020 o recomandare de a fi menținute în schemele de tratament; o recomandare identică a fost emisă în SUA în 17 martie 2020 de către Asociația Americană de Cardiologie.

• Există o reticență privind utilizarea AINS în tratamentul COVID-19 care a fost exprimată public pe scară largă în Franța începând din martie 2020, legată de inhibarea efectului benefic al inflamației în cazuri de COVID-19 cu severitate redusă-medie. Nu există date clinice prin care să fie susținută această afirmație; este însă rațional să fie presupuse mai frecvente efectele adverse ale AINS în cadrul COVID-19, cum ar fi cele renale sau pe mucoasa digestivă.

• Sunt considerate inutile sau chiar nocive: imunoglobuline de administrare intravenoasă, refacerea volemiei cu soluții coloidale (discutabil pentru albumină).

Tratament propus în funcție de severitatea cazului și factorii de risc pentru evoluție severă

Forma de boală (severitate)	Tratament recomandat	Doza/zi	Durata standard a tratamentului	Reacții adverse
Asimptomatic	Nu			
Ușoară — IACRS	Hidroxiclorochină*	2 x 400 mg/zi în prima zi (2 x 2 tb/zi), apoi 2 x 200 mg/zi (2 x 1 tb/zi) Copii 5 mg/kgc/zi în 2 prize	5—7 zile	tulburări de ritm/conducere
	asociat cu lopinavir/ritonavir* sau	2 x 400/100 mg/zi (2 x 2 tb/zi) Copii 2 x 300/75 mg/m2/zi	7—10 zile	diaree (40,9%), greață (40,9%), stomatită (18,2%),
	Azitromicină**	500 mg/zi, ziua 1, apoi 250 mg/zi, încă 4 zile	5 zile	anemie (45,0%), leucopenie (40,0%)
	Umifenovir	3 x 200 mg/zi	10—14 zile	
Medie Pneumonie fără criteriile de severitate	Hidroxiclorochină* +	2 x 400 mg/zi în prima zi (2 x 2 tb/zi), apoi 2 x 200 mg/zi (2 x 1 tb/zi) Copii 5 mg/kgc/zi în 2 prize	5—7 zile	
	Lopinavir/Ritonavir*** sau	2 x 400/100 mg/zi Copii 2 x 300/75 mg/m2/zi	10—14 zile	Se administrează cu mâncare sau cu o cană de lapte.
	Azitromicină**	500 mg/zi, ziua 1, apoi 250 mg/zi, încă 4 zile	5 zile	
	Umifenovir	3 x 200 mg/zi	10—14 zile	

Forma de boală (severitate)	Tratament recomandat	Doza/zi	Durata standard a tratamentului	Reacții adverse
Severă^a/Critică^b	Hidroxiclorochină*	2 x 400 mg/zi în prima zi, apoi 2 x 200 mg/zi Copii 5 mg/kgc/zi în 2 prize	minimum 5 zile	acces conform descrierii din textul de mai sus privind remdesivir
	+ remdesivir sau Lopinavir/Ritonavir dacă remdesivir nu este disponibil (până când este obținut) + terapie imunomodulatoare: Tocilizumab (la pacienții cu sindrom de „furtună de citokine”***** Corticoizi, plasmă de convalescent, alte imunosupresoare	200 mg/zi în ziua 1, apoi 100 mg/zi Copii sub 40 kg — 5 mg/kgc/zi în ziua 1, apoi 2,5 mg/kgc/zi Doza este administrată sub formă de sirop pe sonda nazogastrică****.	10 zile	
		8 mg/kgc, maxim 800 mg pev lentă la adult (12 mg/kg la copiii sub 30 kg)	1—3 doze la intervale de minimum 8 ore între ele	

* De efectuat ECG zilnic pentru evaluare QT; contraindicații: QT > 500 msec, miastenia gravis, porfirie, patologii retinienă, epilepsie; analiza beneficiu-risc în cazul gravidelor; se poate înlocui cu umifenovir, favipiravir, remdesivir (cu restricțiile specificate în text).

** La pacienți cu QT corectat < 500 ms, cu efectuarea ECG zilnic și ionograma la 48 de ore.

*** Se înlocuiește lopinavir/ritonavir cu umifenovir în asocierile cu hidroxiclorochină la pacienții cu probleme cardiace la risc de aritmii prin alungire de QT.

**** Comprimatele de lopinavir/ritonavir pierd aproximativ jumătate din eficacitatea lor.

***** Limfohistiocitoza hemofagocitară.

a. Sever = minim unul dintre: frecvența respiratorie $\geq 30/\text{min}$ ($\geq 40/\text{min}$ la preșcolari); $\text{SaO}_2 \leq 93\%$; $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$; infiltrate pulmonare care cresc cu mai mult de 50% în 24—48 ore.

b. Critic = minim unul dintre: detresă respiratorie acută; sepsis; alterarea conștienței; MSOF.

Durata de tratament este una orientativă, ea se poate prelungi sau scurta în raport cu evoluția pacientului, însă fără a se reduce sub 5 zile (cu condiția să nu apară efecte adverse severe).

Monitorizarea pacientului se face clinic și biologic — biochimie zilnic la pacientul cu forme medii-severe-critice; repetarea imagisticii și a testelor biologice se face obligatoriu în regim de urgență în caz de agravare clinică.

Testarea prezenței ARN viral în materiile fecale nu este justificată pe baza datelor existente.

★

RECTIFICĂRI

În anexa la Ordinul președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 16/2020 pentru aprobarea Metodologiei de regularizare a diferențelor dintre alocări și cantitățile de gaze naturale distribuite, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 92 din 7 februarie 2020, se face următoarea rectificare:

— la art. 4 alin. (1) lit. a), în loc de: „ $Q_{n,reg} = Q_{n,aloc} - Q_{n,distr} - Q_{nCAmonte}$ ” se va citi: „ $Q_{n,reg} = Q_{n,aloc} - (Q_{n,distr} - Q_{nCAmonte)$ ”.

ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC

— Prețuri pentru anul 2020 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Valoare (TVA 5% inclus) — lei		
		12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	1.310	360	131
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	1.640		150
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	2.460		220
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	470		50
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	1.880		170
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	1.750		160
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	600		55
8.	Colecția Legislația României	500	130	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	800		75

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC

— Prețuri pentru anul 2020 —

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	60	150	380	910	2.000	550	1.380	3.450	8.280	18.220
ExpertMO	100	250	630	1.510	3.320	1.000	2.500	6.250	15.000	33.000

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	70	180	450	1.080	2.380	650	1.630	4.080	9.790	21.540
ExpertMO	120	300	750	1.800	3.960	1.200	3.000	7.500	18.000	39.600

Colecția Monitorul Oficial în format electronic, oricare dintre părțile acestuia	70 lei/an
--	-----------

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul www.expert-monitor.ro, unde puteți aplica online comanda.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)
 Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro
 Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.73, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

