

EXPUNERE DE MOTIVE

Scopul propunerii legislative

1. Independența expertului medico-legal
2. Conflictul de interese
3. Scurtarea timpului de efectuare a unei expertize medico-legale (inclusiv prin deplasarea expertului la instituțiile ce dețin acte sau la instanțe)
4. Controlul administrativ excesiv al actelor medico-legale
5. Anularea incompatibilității actuale directe cu toate celelalte sisteme de medicină legală din UE și din sistemul common law și nerecunoașterea calificării de experților români în UE
6. Dezvoltarea unor modele de colaborare între experți din țări diferite
7. Corelarea cu programele de pregătire și perfecționare profesională din UK, SUA, Germania, Franța, etc..
8. Participarea experților români la misiuni internaționale
9. Implementarea ISO 17025 în laboratoarele judiciare (genetică, toxicologie, tanatochimie, etc.) pentru recunoașterea probelor medico-legale în toate țările UE
10. Reglementarea expertizelor de malpraxis-calitate, timp, obiectivitate
11. Reducerea numărului de cazuri de condamnare a României la CEDO
12. Asigurarea de locuri de muncă pentru tinerii specialiști
13. Asigurarea unei practici liberale și a unor indicatori de performanță
14. Accesul la surse de finanțare private-inclusiv la împrumuturi bancare pentru dezvoltare
15. Accesul la specialiști din toate domeniile medicale, criminalistice, genetică, toxicologie,
16. Conservarea patrimoniului institutelor medico-legale și serviciilor județene de medicină legală
17. Rezolvarea neînțelegerilor salariale dintre medicii legiști
18. Rezolvarea neînțelegerilor privind gradul de dificultate profesională a expertizelor de la institute (mai ales INML București) și celelalte servicii medico-legale
19. Implementarea unei criteriologii valorice privind calitatea actului medico-legal, care este controlat pe criterii administrative, în prezent
20. Obiectivarea adevărului profesional
21. Stimularea competiției și implicitei a performanței profesionale
22. Atragerea de fonduri europene în medicina legală
23. Avantajele parteneriatului public-privat și justificarea alegerii modelului UK

Dezvoltarea cuprinsului propunerii legislative și a scopului propus

<p>1. Independența expertului medico-legal</p>	<p>I. In viziunea jurisprudentei actuale a C.E.D.O. organizarea si functionarea sistemului institutional medico-legal din Romania sunt in contradictie cu o serie de articole ale Curtii, ca spre exemplu cu art. 6 privind dreptul la un proces echitabil, fiecare parte trebuind sa beneficieze de o posibilitate rezonabila de a-si expune cauza in fata instantei, in conditii care sa nu o dezavantajeze in mod semnificativ in raport cu partea adversa, conform principiului egalitatii armelor. Tot art. 6 al C.E.D.O. determina si principiul contradictorialitatii, care impune existenta posibilitatii pentru partile in proces penal sau civil de a lua cunostinta de toate piesele si observatiile prezentate judecatorului.</p> <p>Evident ca, in virtutea principiului liberei aprecieri a probelor, autoritatile judiciare romane au posibilitatea sa inlature orice proba ce le pare necredibila sau neconcludenta, dar aceasta posibilitate ramane doar de domeniul teoretic, din moment ce este interzis instantelor judiciare de a ordona realizarea unei expertize in afara institutiilor medico-legale abilitate de lege si ale caror singure avize sunt admisibile ca elemente de proba in cadrul unui proces penal. in baza ligislatiei existente, autoritatilor judiciare le este, de asemenea, imposibil sa ceara reconsiderarea unor concluzii care le par incomplete sau insuficient de clare, spre a decide asupra valorii probatorii a unor lucrari medico-legale adesea contradictorii.</p> <p>Imposibilitatea organelor judiciare romane de a obtine elemente de proba sau avize stiintifice in afara celor emise de reseaua publica de medicina legala le priveaza de dreptul de a solicita unor experti independenti opinii motivate stiintifice, care sa permita astfel respectarea principiului contradictorialitatii, a liberei aprecieri a probelor si a egalitatii de arme la dispozitia partilor.</p> <p>Evolutia legislatiei din domeniul protectiei drepturilor omului acorda o protectie sporita partilor implicate intr-un proces, in ceea ce priveste dreptul la aparare si accesul la un expert medical independent, care sa poata contrazice concluziile expertului propus de procuror. in prezent, organizarea sistemului de expertiza medico-legala din Romania nu este adaptata legislatiei Uniunii Europene, existand numai experti medico-legali oficiali, iar procedura de efectuare a constatarilor si expertizelor medico-legale permite implicarea directa a unui expert al partii doar in cateva categorii de expertize medico-legale, reduse ca numar si ca importanta, fara a acorda astfel drepturi egale ambelor categorii de experti (oficial si al partii). Integrarea Romaniei in U.E. implica dezvoltarea si legiferarea activitatii unui corp de experti medico-legali independenti, a caror activitate sa fie autobugetata si sa acopere</p>
--	---

componenta extrajudiciara a activitatii de expertiza medico-legala, malpraxis medical, asigurari de viata si de sanatate si eventual chiar a unui grup profesional de experti certificati pentru cazurile la care sunt sesizate incalcarile ale legislatiei C.E.D.O..

Discriminarea valorica dintre raportul medico-legal oficial si opinia expertului parte este consecinta directa a prevederilor art. 119 si art. 122 CPP, care impun ca expertizele sa fie facute numai de experti medico-legali oficiali, deci subordonati ierarhic autoritatilor statului si prevad ca numai actul medico-legal intocmit de expertul oficial sa constituie un Raport de Expertiza si deci un mijloc de proba, iar opinia expertului parte sa reprezinte doar un punct de vedere consemnat in cuprinsul Raportului Medico-legal oficial sau intr-o anexa a acestuia, aceasta opinie nereprezentand deci o expertiza medico-legala independenta, egala ca valoare probanta cu expertiza oficiala, ceea ce constituie o incalcare a art. 21 si art. 24 din Constitutie.

Structura ierarhizata a sistemului de expertiza medico-legala oficiala, contravine principiului independentei justitiei si expertilor, anuland independenta expertului si valoarea ca mijloc de proba a Raportului acestuia, pentru ca desi Comisiile de Avizare sau Comisia Superioara au in componenta experti cu acelasi grad profesional ca cel al expertilor ale caror acte le analizeaza, ele reprezinta o treapta ierarhica superioara si au prioritate in fata legii comparativ cu expertul, cu toate ca nu efectueaza o expertiza propriu-zisa, iar aceste Comisii nici nu sunt mentionate in Codurile de Procedura penal si Civil. Toate actele medico-legale sunt analizate de o Comisie de Avizare cu componenta fixa, ceea ce nu permite respectarea independentei expertului si nici a regulilor privind incompatibilitatea expertilor.

Aceasta subordonare a activitatii de expertiza medico-legala a unei Comisii de Avizare incalca principiul contradictorialitatii si constituie un control administrativ asupra activitatii medico-legale, al carui unic rol este acela de a anula independenta expertului medico-legal, reprezentand de fapt un sistem de control al continutului actelor medic-legale nu al calitatii acestora, ceea ce contravine inclusiv principiului independentei justitiei si al expertilor.

Prin neacordarea dreptului unei parti de a efectua o expertiza medico-legala independenta, de catre un expert medico-legal autorizat, din afara serviciului medico-legal teritorial, in timp ce pentru alte categorii de expertize (contabila, tehnica, etc.) exista acest drept si este functional, se aduce atingere art. 124 din Constitutie, care stipuleaza ca justitia este unica, impartiala si egala pentru toti, acelasi efect avandu-l si interpretarile diferite, adesea contrare, ale prevederilor art. 120, alin. 3 din Codul de Procedura Penala.

In concluzie, se poate aprecia ca exista mari contradictii intre sistemul de expertiza medico-legala din Romania, care este exclusiv oficial si sistemul de expertiza medico-legala din tarile UE, unde este obligatorie existenta unui corp de experti medico-legali independenti (in unele tari cum este Marea Britanie neexistand experti „oficiali” in domeniu medico-legal), aceste contradictii

reprezentand de fapt diferenta dintre sistemul expertizei in colegiu, in care singurul act care se poate intitula Raport de Expertiza Medico-legala este cel intocmit de expertul oficial, toti expertii medico-legali fiind oficiali si subordonati autoritatilor si sistemul expertizei plurale, care functioneaza in tarile UE, SUA, Canada, Australia, s.a. si in care fiecare din expertii desemnati pentru efectuarea unei expertize isi intocmeste un raport de expertiza propriu, urmand ca instanta sau organul judiciar sa le analizeze pe toate si sa dispuna solutia corespunzatoare, dupa ce fiecare din parti a beneficiat de toate drepturile constitutionale pentru a expune cauza si a o apara.

Astfel, contradictiile dintre sistemul de expertiza medico-legala din Romania, care este exclusiv oficial (experti cu statut de functionari publici), si sistemul de expertiza medico-legal din tarile U.E., unde este obligatorie existenta unui corp de experti medico-legali independenti, impun crearea unui cadru legislativ nou care sa statueze liberalizarea activitatii de expertiza medico-legala.

II. În cadrul probațiunii științifice, expertiza medico-legală constituie un element esențial.

Organizarea Medicinii Legale, după 1989, a plecat de la două principii: contradictorialitatea și independența expertului chiar dacă, în România, Medicina Legală a fost organizată pe principiul oficialității și pe o structură piramidală. Acest lucru rezidă din OG nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală și actele subsidiare. Ordonanța a fost inițiată cu intenția de a apăra prin mijloace legale independența actului expertal. Astfel, OG nr. 1/2000, art. 3 (1) prevede: Orice ingerință în activitatea medico-legală este interzisă. Ulterior legea a avut în subsidiar regulamente, ordine, norme de aplicare care au adăgat la lege sau au modificat spiritul legii. Curtea Constituțională a fost sesizată repetat cu aceste aspecte și nu le-a negat, dar a precizat că nu sunt de competența ei. “În plus, partea civilă motivează excepțiile și prin raportare la dispoziții legale cuprinse în alte acte normative decât legile sau ordonanțele în vigoare, pentru controlul legalității cărora nu se poate folosi procedura excepției de neconstituționalitate, deoarece acestea nu sunt supuse controlului instanței de contencios constituțional.” (Decizia nr. 48/2017 a CCR referitoare la respingerea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor 172 alin. (5) din Codul de procedură penală și ale art. 20-25 din Ordonanța Guvernului nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală).

Situații care pun la îndoială independența expertizei medico-legale.

1. Activitatea expertului oficial. Deși orice ingerință în activitatea de expertiză este interzisă, Regulamentul de Aplicare al OG 1/2000 prevede altfel. De exemplu, medicul legist șef poate interveni, deoarece printre atribuțiile principale există și prevederea că „supraveghează și controlează din punct de vedere științific și metodologic expertizele și constatările medico-legale efectuate de medicii legiști din serviciul de medicină legală respectiv”. Prin urmare, o persoană care are atribuții administrative (de management) poate interveni pe orice act care pleacă din serviciu și poate schimba concluziile fără să existe o procedură

clară, privind o astfel de intervenție. Ce se întâmplă când există opinii contradictorii între expert și șeful de serviciu? Bineînțeles că în practică rămâne valabilă opinia șefului.

2. Activitatea expertului desemnat de părți. Potrivit art. 173 (4) și (5) din Noul Cod de procedură penală, părțile și subiecții procesuali principali au dreptul să solicite ca, la efectuarea expertizei, să participe un expert recomandat de acestea, iar dacă expertiza este dispusă de instanță, procurorul poate solicita ca un expert recomandat de acesta să participe la efectuarea expertizei. Expertul desemnat de părți a apărut în România ca urmare a deciziei Curții Constituționale a României [Decizia nr. 143 din 5 octombrie 1999 a CCR, publicată în Monitorul Oficial nr. 585 din 30 noiembrie 1999] care a constatat că dispozițiile art. 120 alin. 5 din vechiul Cod de procedură penală, contravin prevederilor art. 24 alin. 1 din Constituție, potrivit cărora **“dreptul la apărare este garantat”**.

“Într-adevăr, prin neacordarea în favoarea părților dintr-un proces penal a dreptului de a cere ca un expert recomandat de ele să participe la efectuarea expertizei, atunci când aceasta urmează să fie efectuată de o instituție specializată potrivit legii, se restrânge în mod nejustificat dreptul la apărare al acestora, nesocotindu-se garantarea acestui drept prin Constituție.”, potrivit Deciziei amintite. Cu alte cuvinte, **expertul oficial și expertul propus de părți se află în poziții de egalitate tocmai pentru a da consistență dreptului la apărare**. În realitatea practică Consiliul Superior de Medicină Legală a aprobat norme care pun într-o poziție de inferioritate expertul desemnat de părți față de expertul oficial. Ce prevăd aceste norme?

În primul rând, calitatea de expert recomandat nu este incompatibilă cu calitatea de medic legist expert oficial și care este numit în continuare expert oficial. Cu alte cuvinte, expertul desemnat de părți rămâne subordonat instituției în care el este angajat ca expert oficial.

În al doilea rând, deși Curtea Constituțională a României a specificat că “legea stabilește faptul că, în toate cazurile, expertul recomandat de o parte sau de părți poate participa la efectuarea expertizei medico-legale, iar dacă are altă opinie decât expertul desemnat, urmează să întocmească **un raport cu concluziile sale**, raport care va fi transmis organului judiciar care a dispus efectuarea expertizei. În acest din urmă caz, valoarea probantă a celor două rapoarte nu este una prestabilă, acestea, urmând a fi apreciate, ca orice alte probe, numai prin coroborare cu celelalte probe administrate în condițiile legii.”, normele prevăd că “Expertul recomandat își poate exprima punctul de vedere în legătură cu aspectele medico-legale dintr-o speță judiciară, în scris, prin întocmirea unui document intitulat **opinie expertală** sau/și verbal în fața organului judiciar. Documentul întocmit de expertul recomandat nu poate fi intitulat sau nu poate conține în denumire elemente astfel încât să poată fi confundat cu vreun act oficial întocmit de instituția medico-legală cum ar fi: certificat, raport, aviz, expertiză, constatare, etc. Deci expertul oficial redactează un raport de expertiză, iar expertul parte o simplă notă expertală. Este o manipulare semantică prin care se induce în subconștient ideea că raportul de expertiză are valoare probantă superioară notei expertale. Mai mult, opinia expertală nu poate fi supusă avizului Comisiei de control și avizare a actelor medico-legale. În plus,

“Expertul recomandat nu poate solicita expertului oficial elemente care în mod vădit nu au decât rolul de a tergiversa finalizarea raportului medico-legal, fără a contribui efectiv la demonstrarea realității științifice”. Cu alte cuvinte, activitatea expertului parte este cenzurată de expertul oficial. (Hotărârea nr. 2, din 24.11.2011 a Consiliului Superior de Medicină Legală, Norme metodologice privind activitatea medicului legist în calitate de expert numit de organele judiciare la solicitarea părților.) În al treilea rând, sunt o serie de activități care îi sunt interzise prin norme expertului parte, deși legea nu prevede acest lucru: “Expertul recomandat nu poate participa la activitatea: a) Comisiei superioare de medicină legală; b) Comisiei de control și avizare a actelor medico-legale, dacă nu este invitat; c) Comisiei speciale pentru amânarea /întreruperea executării pedepsei sau pentru suspendarea urmăririi penale sau a judecării pentru motive medicale. d) Comisiei pentru estimarea retroactivă a alcoolemiei.” Mai mult, nu este informat de activitățile desfășurate, ci este obligat să se informeze. “Revine expertului recomandat sarcina de a se informa cu privire la data finalizării și predării raportului medico-legal, în vederea expedierii.” Și în ceea ce privește competența materială există diferențe între expertul oficial și expertul recomandat. “În opinia expertală, expertul recomandat nu poate face aprecieri: a) asupra competenței psihice sau a discernământului unei persoane chiar dacă a participat la examinarea persoanei respective efectuată de comisia medico-legală psihiatrică; b) dacă persoana în cauză poate executa pedeapsa la care a fost condamnată sau dacă poate participa la desfășurarea procesului penal, din punct de vedere medical; c) asupra avizului Comisiei superioare de medicină legală.” Observăm că dreptul la apărare poate fi afectat prin astfel de reglementări.

3. Activitatea Comisiei Superioare de Medicină Legală. Dincolo de activitatea propriu-zisă de control, această Comisie poate să pună și concluzii proprii. Acest lucru a fost în repetate rânduri criticat, deoarece concluziile proprii frecvent nu sunt motivate. Cu alte cuvinte, în realitate **apare o nouă expertiză care iese în afara cadrului procesual**. Acest lucru a fost semnalat și de către CEDO. Cităm doar trei decizii CEDO:

Cauza Eugenia Lazăr împotriva României: „Absența motivării avizelor medico-legale. La nivel național, avizele pronunțate de cabinetele și serviciile de medicină legală județene pot fi supuse, la cererea organelor judiciare, unor controale succesive din partea celorlalte institut de medicină legală ierarhic superioare și, în ultimă instanță, Comisiei superioare. Nu Curtea trebuie să aprecieze în abstracto eficiența unei astfel de structuri publice verticale și ierarhizate. Dacă interesul unei bune administrări a justiției poate justifica încredințarea efectuării unei expertize unor instituții publice specializate în cauze, privind acuzațiile de atingere adusă dreptului la viață, **este la fel de adevărat că și cadrul legislativ instituit de stat pentru reglementarea exercitării medicinei legale trebuie să presupună garanții suficiente împotriva arbitrarului pentru a consolida încrederea justițiabililor în acțiunea justiției și credibilitatea sistemului în ansamblu.** În cauză, Curtea constată ca Comisia

superioară, a cărei misiune constă în a emite avize doar în baza rapoartelor institutelor de rang inferior fără a se deplasa la fața locului și a mulțumit să respingă această concluzie fără a preciza motivele. Fără a contesta competența profesională a celor doisprezece medici care alcătuiesc Comisia superioară, care trebuie să aibă o vastă experiență în medicină în termenii legii Curtea consideră că doar un raport aprofundat dovedit științific, care includea o soluție motivată în raport cu eventualele contradicții între avizele institutelor de rang inferior și care răspunde întrebărilor adresate de parchet ar fi fost de natură să le inspire justițiabililor încredere în acțiunea justiției și să asiste organele judiciare în exercitarea funcțiilor lor (mutatis mutandis, Tysiac împotriva Poloniei, nr. 5410/03, pct. 117, CEDO 2007-IV). Curtea evidențiază că nici OG nr. 1/2000, nici normele privind procedura de realizare a expertizelor medicale și a celorlalte acte medico-legale nu includ precizări cu privire la eventualele informații obligatorii pe care aceste avize trebuie să le includă. **Dacă obligația de a motiva actele medico-legale le revenea doar instituțiilor competente să întocmească primele constatări și rapoarte de expertiză și nu instanțelor de control, această garanție care viza consolidarea credibilității avizelor și a eficienței întregului sistem de expertiză medico-legală este inutilă deoarece acestea au puterea să modifice în totalitate concluziile instituțiilor în cauză.** Curtea consideră că obligația de motivare a avizelor științifice este cu atât mai importantă în cauză cu cât, conform dispozițiilor interne care reglementează expertiza medico-legală, formularea unui aviz de către autoritatea națională supremă în domeniu – Institutul „Mina Minovici” – împiedică institutelor de rang inferior să efectueze noi expertize și să le completeze pe cele efectuate. Totodată, instanța europeană a mai evidențiat faptul că sistemul intern de expertiză medico-legală trebuie să beneficieze de garanții suficiente de natură să păstreze credibilitatea și eficacitatea, mai ales obligând experții – fie că provin din sectorul public, fie din cel privat – să motiveze avizele și să coopereze cu organele judiciare ori de câte ori este necesar pentru anchetă.

Cauza Baldovin împotriva României : “Curtea a mai remarcat că, în conformitate cu dispozițiile interne privind expertiza medico-legală, formularea unui aviz de către respectiva autoritate națională supremă în materie de expertiză medico-legală împiedica instituțiile de rang inferior să efectueze expertize noi și să le completeze pe cele efectuate deja; în final, a subliniat că instanțele naționale și justițiabilii care aveau calitatea de parte la un proces penal privind acuzații de atingere adusă dreptului la viață nu se puteau prevala, cu titlu de mijloc de probă, de avize științifice emise de instituții independente, altele decât instituțiile medico-legale publice enumerate de Ordonanța Guvernului nr. 1/2000. Curtea a ajuns astfel la concluzia conform căreia cadrul legislativ instituit de stat pentru reglementarea activității de medicină legală **nu avea suficiente garanții împotriva arbitrarului pentru a consolida încrederea justițiabililor în actul de justiție și credibilitatea sistemului în ansamblu**”.

Cauza Csoma c. României: „Condițiile în care, la momentul desfășurării evenimentelor ce fac obiectul prezentei cauze, nu era posibilă efectuarea

	<p>unei noi expertize în cazul în care I.N.M.L. Mina Minovici emisese un punct de vedere oficial, Curtea a constatat imposibilitatea reclamantei de a ridica, din nou, pe calea unei proceduri, problema existenței unei erori medicale. Acest aspect pune sub semnul întrebării dacă acțiunea civilă formulată de către reclamantă în contradictoriu cu medicul ar fi fost un remediu efectiv, mai ales având în vedere că raportul de expertiză medico-legală ar fi fost un mijloc de probă esențial în susținerea acțiunii sale civile”.</p> <p>Ceea ce se critica în mod corect sunt, pe de o parte, absența motivării concluziilor proprii, iar pe de altă parte, prevederea conform căreia după ce s-a pronunțat Comisia Superioară nici un alt act expertal nu mai poate fi dispus dacă nu au apărut date medicale noi.</p> <p>Acestea sunt exemple care atestă absența independenței experților medico-legali.</p>
2. Conflictele de interese	<p>Aceiași experți fac parte din comisiile de expertiză medico-legală, din Comisia de Avizare care aprobă sau nu expertizele, din Comisia Superioară (care este forul ”suprem”) și din Consiliul Superior care elaborează normele de lucru și dă sancțiuni experților medico-legali și experților parte.</p> <p>Tot aceeași experți sunt și experți ai părților sau ai societăților de asigurare iar numai cei care sunt cadre didactice conduc sistemul de medicină legală din România, fiind subordonați direct conducerilor Universităților de Medicină și Farmacie.</p>
3. Scurtarea timpului de efectuare a unei expertize medico-legale (inclusiv prin deplasarea expertului la instituțiile ce dețin acte sau la instanțe)	<p>Timpul mediu de expediere a unei expertize medico-legale pe cadavru este de 6-12 luni, uneori 24 de luni, în prezent.</p> <p>În cazul implementării modelului UK timpul mediu este de 1-4 săptămâni.</p> <p>Similar, la expertizele clinice și comisii, timpul mediu de finalizare va scădea de la 4-12 luni (în prezent) la 1-7 zile (în condițiile noii legi).</p>
4. Controlul administrativ excesiv al actelor medico-legale	V. motivarea de la pct.1 de mai sus.
5. Anularea incompatibilității actuale directe cu toate celelalte sisteme de medicină legală din UE și din sistemul common law și nerecunoașterea calificării de experților români în UE	<p>Lipsa certificării ISO 17025 a laboratoarelor judiciare și inexistența experților independenți în deciziile profesionale nu permite corelarea sistemului de medicină legală din România cu cel din alte țări UE sau UK, SUA, etc. și nici o aplicare reală și efectivă a criteriilor de incompatibilitate și a celor de conflict de interese privind experții medico-legali (în ședința din 13 februarie 2019, CCR admițând excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 174 alin. (1) din Codul de procedură penală).</p>
6. Dezvoltarea unor modele de colaborare între experți din țări diferite	<p>Proiectul actual preia tehnica de întocmire a actelor notariale cu valabilitate în toate țările UE, care este adaptată la expertizele medico-legale cu experți străini sau cu mai mulți experți din țări diferite, precum și modul de acceptare a experților medico-legali străini pentru a practica în România (similar avocaților străini).</p>
7. Corelarea cu	Numai exercitarea privată a profesiei de expert medico-legal permite

programele de pregătire și perfecționare profesională din UK, SUA, Germania, Franța, etc..	de și	participarea la programe de perfecționare din afara României. De peste 25 de ani nu au fost trimiși să se perfecționeze experți în afara țării, ceea ce generează indirect absența oricărei motivații pentru evoluție profesională individuală sau instituțională.
8. Participarea experților români la misiuni internaționale		Nu au fost trimiși niciodată, până în prezent, experți medico-legali din România să participe la misiuni internaționale din partea instituțiilor medico-legale. Au existat 2-3 experți care au mers pe cont propriu, pentru că erau mai bine salarizați decât în România.
9. Implementarea ISO 17025 în laboratoarele judiciare (genetică, toxicologie, tanatocimie, etc.) pentru recunoașterea probelor medico-legale în toate țările UE	ISO	Conform Deciziei-cadru 2009/905/JAI a Consiliului Europei din 30 noiembrie 2009, pentru a putea fi recunoscute în țările UE rezultatele laboratoarelor judiciare, aceste laboratoare trebuie să fie acreditate ISO 17025. În prezent, niciunul dintre laboratoarele din instituțiile de medicină legală nu deține această acreditare.
10. Reglementarea expertizelor de malpraxis-calitate, timp, obiectivitate	de	Datorită conflictelor de interese și incompatibilităților existente apreciem că cca.80% din cazurile de malpraxis și de infecții nosocomiale nu sunt sancționate. Timpul mediu de finalizare a expertizelor va scădea de la 6-12 luni (în prezent) la 1-2 luni (în condițiile noii legi).
11. Reducerea numărului de cazuri de condamnare a României la CEDO	de	Există peste o sută de condamnări la CEDO legate de calitatea expertizelor medico-legale, mai ales în acuzații de malpraxis și privind tratamentul medical aplicat deținuților.
12. Asigurarea de locuri de muncă pentru tinerii specialiști		Există medici legiști din 3 generații care nu au loc de muncă și nu-și pot practica profesia în privat.
13. Asigurarea unei practici liberale și a unor indicatori de performanță		Nu există nicio evaluare pe criterii de performanță managerială sau instituțională, până în prezent.
14. Accesul la surse de finanțare private-inclusiv la împrumuturi bancare pentru dezvoltare		Cadrul legislativ actual nu permite finanțări din surse nebugetare și nici nu există motivația unei perfecționări profesionale deoarece datorită monopolului instituțiilor publice asupra acestui domeniu, nimeni nu poate contrazice în mod real o expertiză medico-legală.
15. Accesul la specialiști din toate domeniile medicale, criminalistice, genetică, toxicologie,		Cadrul legislativ actual nu permite salarizarea corespunzătoare a specialiștilor din domeniile conexe, motiv pentru care aceștia refuză să participe la expertizele medico-legale (în unele specialități există un adevărat boicot față de medicina legală).
16. Conservarea patrimoniului institutelor medico-legale și serviciilor		Parteneriatul public-privat va permite conservarea patrimoniului institutelor medico-legale și serviciilor județene de medicină legală și menținerea acestuia în proprietatea Statului.

județene de medicină legală	
17. Rezolvarea inechităților salariale dintre medicii legiști	De cca. 15 ani aproape jumătate dintre medicii legiști din județe au venituri salariale aproape duble comparativ cu majoritatea medicilor legiști din institutele medico-legale. Aceste inechități vor dispărea ca urmare a aplicării noii legi.
18. Rezolvarea inechităților privind gradul de dificultate profesională a expertizelor de la institute (mai ales INML București) și celelalte servicii medico-legale	Medicii legiști din INML București efectuează cca.80% din expertizele cu grad înalt de dificultate din România.
19. Implementarea unei criteriologii valorice privind calitatea actului medico-legal, care este controlat pe criterii administrative, în prezent	Vezi motivația de la pct. 1.
20. Obiectivarea adevărului profesional	Gradul de obiectivitate a scăzut progresiv în ultimii ani, inclusiv datorită creșterii enorme a volumului de informație medicală din toate cazurile expertizate medico-legal. Lipsa de acces la specialiști (v.pct.15, mai sus), împinge expertiza medico-legală către o zonă a diletanțismului într-un număr crescut de situații (de ordinul miilor de cazuri, anual, la nivel național), multe cu implicații importante la nivelul sistemului de sănătate din România sau în alte țări din UE.
21. Stimularea competiției și implicit a performanței profesionale	Nu există actual nicio competiție în medicina legală iar performanța profesională nu are nicio motivare, ea neasigurând nici progres ierarhic și nici creșterea veniturilor salariale ale experților medico-legali.
22. Atragerea de fonduri europene în medicina legală	În instituțiile medico-legale atragerea de fonduri a fost foarte scăzută în ultimii ani iar mai multe proiecte au fost abandonate (după ce au fost câștigate). Marea Britanie este considerată pionierul adoptării parteneriatelor PPP. Proiectele de PPP au fost introduse în anul 1992, prin înființarea unei instituții în subordinea Ministerului de Finanțe, denumită Inițiativa de Finanțare Privată (PFI). În Marea Britanie, pregătirea unui contract de PPP important durează până la un an. Aici, PPP acoperă o largă categorie de parteneriate, cum ar fi implicarea totală sau parțială a proprietății private în activități derulate de stat ori inițiativa de finanțare privată (IFP) în cazul în care sectorul public contractează servicii pe o perioadă îndelungată, ceea ce permite accesarea unor surse multiple de finanțare, atât pentru instituțiile publice cât și pe ce destinate companiilor private.
23. Avantajele parteneriatului public-	I. Analiztii economici, în special cei europeni, care pun accentul pe PPP consideră că transferul de management și know-how din sectorul privat

<p>privat (PPP) și justificarea alegerii modelului UK</p>	<p>către sectorul public poate diminua deficiențele manageriale ale sectorului public, ce provin în primul rând din faptul că persoanele care gestionează banii publici, nefiind banii lor, nu își asumă niciun risc personal și, mai mult decât atât, pot intra adesea în conflict de interese sau pot fi supuse unor influențe sau presiuni externe, care este posibil să afecteze respectarea principiilor de economicitate, eficiență și eficacitate în utilizarea fondurilor publice.</p> <p>Implementarea proiectelor de PPP a demonstrat din practica altor state o serie de avantaje, respectiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o mai bună implementare a proiectelor publice din punctul de vedere al respectării termenelor de execuție și al încadrării în bugetele asumate; - reducerea costurilor de construcție și îmbunătățirea calității prin valorificarea eficienței și a potențialului inovativ al sectorului privat; - eșalonarea costurilor de finanțare atât pe durata de construire, cât și pe cea de operare, având ca efect o reducere a presiunilor imediate asupra bugetelor sectorului public; - o alocare corectă a riscurilor între sectorul public și cel privat, având drept rezultat reducerea costurilor generale ale proiectului; - stimularea cercetării-dezvoltării, a inovării și a eforturilor în materie de dezvoltare durabilă. (Senatul României, 2016, p. 2) <p>Deși motivele inițiale care determină apariția unui PPP diferă între instituția publică (interesată în primul rând de respectarea principiilor de economicitate, eficiență și eficacitate în utilizarea fondurilor publice) și firma privată (orientată către profit), scopul final este unul comun, și anume prestarea unor servicii publice de calitate. Având un scop comun, crearea și dezvoltarea PPP prezintă avantaje pentru ambele părți implicate în proiect, și anume:</p> <p>✓ <i>Avantajele sectorului public (instituții publice):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - atragerea de resurse financiare private pentru finanțarea unor lucrări sau servicii publice; - reducerea costurilor; - transferul unei părți din riscurile proiectului către partenerul privat, care, pe lângă riscul de proiectare și construcție, își poate asuma și alte riscuri, cum ar fi riscul de uzură morală a echipamentelor sau riscul apariției unor situații de forță majoră; - creșterea eficienței proiectelor publice prin utilizarea know-how-ului și a managementului privat în cadrul proiectelor publice; - perioadă de implementare mai mică; - calitate mai bună a serviciilor publice furnizate populației; - beneficierea, la finele proiectului, de dreptul de proprietate a bunului realizat prin contractul de PPP, care este transferat cu titlu gratuit și liber de orice sarcini către partenerul public. <p>✓ <i>Avantajele sectorului privat (societăți/ONG-uri):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - PPP reprezintă o foarte bună oportunitate de afaceri pentru mediul privat; - partenerul privat beneficiază de proprietatea intelectuală dobândită în cadrul PPP; - finanțarea proiectului se poate realiza nu doar din fonduri
---	--

private, ci poate cuprinde și o componentă de fonduri publice, provenind din fonduri nerambursabile și cofinanțarea națională aferentă. (Khanom, 2009)

➡ **Concluzii**

Deși PPP a fost un succes în unele state din Uniunea Europeană, legislația din țara noastră nu a reușit să facă acest tip de parteneriat atractiv pentru mediul privat, acesta fiind și principalul motiv pentru care până în prezent nu a fost încheiat niciun PPP.

Prin noua lege a PPP, care aduce modificări importante, armonizate cu bunele practici în acest domeniu prezentate în Cartea Verde privind parteneriatul public-privat și dreptul comunitar în domeniul contractelor de achiziții publice și al concesiunilor, se urmărește:

- atragerea de resurse financiare private pentru realizarea de proiecte publice;
- atragerea de investiții străine;
- crearea de noi locuri de muncă;
- îmbunătățirea performanțelor sectorului public în implementarea de proiecte publice;
- reducerea presiunii imediate asupra finanțelor publice;
- identificarea de noi posibilități de atragere de fonduri europene.

➔ **Parteneriatul public-privat în Uniunea Europeană**

Apariția parteneriatelor public-privat a fost înlesnită de constrângerile bugetare puternice impuse statelor membre prin Tratatul de la Maastricht din anul 1992. Astfel, obligarea statelor membre de a-și reduce bugetele publice a determinat o diminuare considerabilă a cheltuielilor publice, în special a celor care erau alocate investițiilor. Pe cale de consecință, guvernele statelor membre au încercat să caute soluții viabile pentru continuarea proiectelor de investiții și pentru bunul mers al serviciilor publice, iar una dintre soluții a fost parteneriatul public-privat. În acest mod se mobilizau și resursele sectorului privat pentru realizarea unor lucrări și servicii publice, cu beneficii atât pentru sectorul public, cât și pentru cel privat.

Contractul de parteneriat public-privat este perceput diferit în literatura de specialitate în funcție de perspectiva din care este privit, respectiv:

✓ În doctrina anglo-saxonă, PPP semnifică o înțelegere între sectorul privat și cel public, în urma căreia sunt realizate servicii de interes public, care erau furnizate până atunci doar de administrația publică. Principalele trăsături ale unui astfel de parteneriat sunt date de următoarele aspecte: partajarea investiției, împărțirea riscurilor, a responsabilităților și a beneficiilor între cei doi parteneri.

✓ În doctrina franceză, accentul cade pe contractul propriu-zis, care reglementează o nouă formă de asociere a unităților private pentru exploatarea și investirea în servicii publice. Se acordă o atenție sporită contractului administrativ, în speță contractului de parteneriat public-privat, ceea ce determină ca această formă de colaborare a sectorului public cu cel privat să prezinte o mai mare rigiditate. (Levai, 2012, p. 236)

Statele membre ale Uniunii Europene acordă o atenție deosebită parteneriatului public-privat, ca posibilitate de dezvoltare economică,

aplicându-l însă în mod diferențiat și în domenii de activitate diverse, cum ar fi: infrastructură, sănătate, educație, transporturi, telecomunicații. La nivel european s-a recunoscut că utilizarea PPP poate contribui la realizarea de rețele europene de transport, fapt care a fost mult întârziat, parțial din cauza investițiilor insuficiente. În cadrul inițiativei pentru dezvoltare economică, Consiliul Europei a aprobat o serie de măsuri pentru a crește investițiile în infrastructura rețelei transeuropene, dar și în materie de inovație, cercetare și dezvoltare, inclusiv stabilirea de acorduri PPP. (Senatul României, 2010)

Ținând cont de diversitatea formelor de colaborare dintre autoritățile publice și sectorul privat, se constată că în țările europene nu există și nici nu se poate impune un sistem standard de parteneriat.

Orice PPP este privit din perspectiva a două dimensiuni, și anume:

✓ *Dimensiunea politică* – în care PPP este un proces care produce consecințe asupra țărilor comunității. Cu cât parteneriatul este mai complex, cu atât acesta presupune un capital de investiție mai important și aranjamente instituționale noi.

✓ *Dimensiunea operațională* – perspectivă din care PPP poate îmbrăca trei forme:

- inițiativă privată în beneficiul public;
- inițiativa administrației pentru facilitarea sau încurajarea activității private în interes public;
- joint venture între instituții publice și societăți private, firme sau ONG-uri. (Senatul României, 2009, pp. 2-3)

În ceea ce privește adoptarea PPP, statele membre ale Uniunii Europene se divid în trei mari grupe: state care au implementat PPP la un nivel avansat (Marea Britanie, Franța, Germania, Irlanda și Italia), state care au implementat PPP la un nivel mediu (Spania și Portugalia) și state care sunt la început de drum în ceea ce privește implementarea PPP, categorie din care face parte și țara noastră (Senatul României, 2009, p. 3).

Țările care se află într-un stadiu avansat din punctul de vedere al implementării PPP au deja o experiență vastă în acest domeniu în multe sectoare de activitate, cum ar fi infrastructură, sănătate, învățământ sau chiar construcția de penitenciare.

În Germania, spre exemplu, a existat PPP în sectoare de activitate cum ar fi construcția de spitale, școli sau închisori și doar parțial în ceea ce privește construcția de autostrăzi. Atragerea capitalului privat pentru realizarea de autostrăzi a început în anul 1994 prin adoptarea unei legi privind finanțarea privată a construcției de autostrăzi. Progresul a fost unul lent, întrucât legislația permitea aplicarea acestui parteneriat doar pentru realizarea de poduri, tunele și drumuri montane. (McQuaid & Scherrer, 2008, pp. 13-16)

În Spania, o legislație specifică în ceea ce privește PPP a fost adoptată pentru prima dată la mijlocul anilor '90, deși în practică încă din anii '70 și '80 au fost realizate diverse tipuri de parteneriate între sectorul public și cel privat pentru construirea de autostrăzi (Senatul României, 2009, p. 10).

În Franța există o lungă tradiție în privința PPP, în special în domeniul concesiunilor pentru dezvoltarea infrastructurii. Deși sistemul PPP din

această țară este unul dintre cele mai vechi din Europa, modelul PPP francez nu a evoluat la nivelul la care au ajuns alte state europene în ceea ce privește implementarea PPP. În Franța nu există o politică în domeniul PPP. În afară de proiectele din infrastructură, au apărut câteva forme de PPP în domeniul prevenirii criminalității și în cel al asigurării coeziunii sociale. În anul 1955 a fost adoptată o lege privind regimul autostrăzilor care stabilea că utilizarea acestora este în principiu gratuită, însă statul putea concesiona construirea și exploatarea lor. Această lege a permis crearea societăților cu capital mixt, care au contribuit la dezvoltarea rețelei rutiere în Franța. (Senatul României, 2009).

II. Motivarea alegerii modelului UK.

În Marea Britanie, care este considerată pionierul adoptării PPP, proiectele de PPP au fost introduse în anul 1992, prin înființarea unei instituții în subordinea Ministerului de Finanțe, denumită Inițiativa de Finanțare Privată (PFI).

În legislația din Marea Britanie se face distincție între IFP și PPP, în sensul că IFP privește doar activitățile autorităților publice de la nivel central, iar PPP se referă la activitățile publice de la nivel regional. (McQuaid & Scherrer, 2008, pp. 13-16), cu precizarea că legislația actuală din România permite doar existența unor parteneriate public-private instituționale.

Începând cu anul 2000, în UK toate serviciile de criminalistică și cele de medicină legală au fost privatizate, fie total (experți independenți financiar) fie parțial, prin înființarea unor companii guvernamentale cu organizare, management și funcționare de tip privat.

Această privatizare a criminalisticii și medicinei legale oferă avantaje majore atât pentru instituțiile publice care asigură justiția cât și pentru experți, cum ar fi:

- asigură o independență absolută a experților, similară judecătorilor ceea ce permite atât protecția acestora cât și o mai bună evidențiere a abuzurilor profesionale ale experților;
- permite respectarea legislației privind incompatibilitățile experților, conflictele de interese și respectarea și aplicarea unor coduri de etică ale experților;
- permite mobilitatea experților atât local cât și internațional (experții britanici fac lucrări în peste 100 de țări, cu zeci de sisteme juridice diferite), această activitate fiind deosebit de profitabilă financiar în spațiul Commonwealth;
- stimulează competitivitatea și performanța profesională (experții cei mai buni și/sau care muncesc mult câștigă cel mai bine) și implicit creșterea calității expertizelor;
- asigură accesul extins la multiple surse de finanțare pentru dezvoltare și modernizare;
- degreveză bugetul public de o parte importantă a costurilor de întreținere și salarizare a personalului din instituțiile medico-legale;
- permite accesul la specialiștii cei mai buni din toate domeniile medicale, criminalistice, genetică, toxicologie,
- asigură locuri de muncă pentru tinerii medici legiști specialiști,

	<p>pe criterii valorice;</p> <ul style="list-style-type: none">- va duce în mod evident la reducerea numărului de cazuri de condamnare a României la CEDO;- permite o reglementare coerentă și gestionare efectivă juridico-medico-socială a cazurilor de malpraxis și despăgubirea rapidă a victimelor unor traumatisme;- permite implementarea rapidă a standardului ISO 17025 în laboratoarele medico-judiciare (genetică, toxicologie, tanatochimie, etc.) și recunoașterea probelor în toate țările UE;- permite participarea experților medico-legali români la misiuni internaționale;- elimină total controlul administrativ asupra conținutului actelor medico-legale;- scurtează foarte mult timpul de finalizare a unei expertize medico-legale inclusiv prin audierea expertului de către instanță (datorită permiterii unei deplasări rapide a expertului la instituțiile ce dețin acte medicale sau la instanțe).
--	--

deputat Eugen Nieschke.

