

Redakcja przedstawia treść listów, udostępnionych przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Medycyny Sądowej, prof. dr hab. med. Barbarę Świątek, kierowanych do Rządu RP, podkreślających istotę obowiązków, wypełnianych przez specjalistów medycyny sądowej.

The Editors present the letters made available by Professor Barbara Świątek, MD, Ph.D., National Consultant in Forensic Medicine, that were addressed to the Government of the Polish Republic, wherein the significance of tasks performed by specialist in forensic medicine is emphasized.

30.04.2010

Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Z wielką uwagą i uznaniem wysłuchałam wystąpienia Pani Minister w Sejmie w dniu 29.04.2010 roku. Jestem dumna z rezultatów pracy wielospecjalistycznej ekipy, która z Panią udała się do Moskwy. Polscy lekarze nie zawiedli w tych trudnych chwilach. Te pozytywne odczucia zaburzyły jednakże dalsze Pani informacje. Wynikało z nich, że w ekipie było 11 patomorfologów. Nie padła ani razu nazwa – „specjaliści medycyny sądowej”, a przecież badanie szczątków ludzkich, ich identyfikacja oraz wykonywanie sekcji sądowo-lekarskiej przy współpracy z Prokuraturą to domena tej właśnie specjalizacji lekarskiej. Nazwę „patomorfologów” wielokrotnie wcześniej powtarzali dziennikarze, co uznawałam za ich niedoinformowanie. Teraz nie jestem już tego pewna. Medycy sądowi z różnych Zakładów Uniwersyteckich byli gotowi do wyjazdu i taką gotowość zgłosili. Osobiście, choć nieformalnie, nawiązałam również kontakt z Rządowym Centrum Zarządzania Kryzysem i zorganizowałam ekipę złożoną z najlepszych specjalistów medycyny sądowej, w tym antropologa specjalizującego się w antropologii sądowej. Nie skorzystano z naszej oferty. Nieformalnie dowiedziałam się, że w ekipie byli jednak medycy sądowi z warszawskiego Zakładu.

Zastanawiającym jest fakt, że w Rządowym Centrum nie zdawano sobie sprawy z istnienia spe-

cialności medycyny sądowej i Konsultanta Krajowego z tej dziedziny. Również Ministerstwo Zdrowia nie nawiązało ze mną – jako Konsultantem Krajowym – kontaktu i nie zleciło zorganizowania specjalistycznej ekipy. Moje „oddolne” działania nie przyniosły rezultatów. Dlatego też, w tym tragicznym zdarzeniu (dla potrzeb badań o charakterze medycznym w takich właśnie zdarzeniach została stworzona medycyna sądowa) oficjalnie nie zaistnieliśmy – jest to wyjątkowo przykre i deprecjonujące dla naszego środowiska.

Na kanwie tego zdarzenia chcę zwrócić Pani Minister uwagę na sytuację polskiej medycyny sądowej. Z zazdrością oglądałam w programach telewizyjnych budynek Instytutu Medycyny Sądowej w Moskwie i wysłuchiwałam informacji o ich możliwościach lokalowych i wyposażeniu tej instytucji. W swym wystąpieniu opisywała Pani Minister z jakim szacunkiem i jak godnie traktowane były ciała ofiar i ich rodziny, na co niewątpliwym wpływ miały warunki tam istniejące. Rosyjska medycyna sądowa zdała egzamin.

Zbliża się rok 2012 gdy Polska będzie gospodarzem Igrzysk Euro. Niesie to zwiększoną możliwość zaistnienia tragicznych zdarzeń, w tym z udziałem obcokrajowców. Nie mam wątpliwości, że czynności sądowo-lekarskie w takich zdarzeniach powierzone będą Zakładom Medycyny Sądowej. Czy polska medycyna sądowa jest na to przygotowana i także zda egzamin? Znam aktualną sytuację i odpowiem – nie. Stworzenie przyzwoitych warunków np. przechowywania czy okazania zwłok rodzinie nie jest możliwe we wszystkich Zakładach, a w niektórych dokonywane jest to w warunkach, które nie są nawet przyzwoite. Przypomnieć wystarczy opisy medialne warunków w warszawskim Zakładzie Medycyny Sądowej.

Medycyna sądowa, jako bardzo specyficzna specjalizacja medyczna, jest niedoceniana i niedofinansowana. Czynności medyczno-sądowe może wykonywać każdy lekarz bez jakiegokolwiek przeszkolenia. Przepisy regulujące naszą pracę w charakterze biegłego (Zakłady Medycyny Sądowej to biegły instytucjonalny) mają ponad pół wieku, wszelkie próby zmiany sytuacji (wieloletnia korespondencja z kolejnymi Ministrami Sprawiedliwości i spotkania z nimi) nie przyniosły żadnych rezultatów, pomimo powtarzających się i znanych w całej Polsce przypadków niepowodzeń postępowań

karnych w związku ze źle wykonanymi czynnościami medyczno-sądowymi (przez lekarzy nie będących specjalistami medycyny sądowej).

Sytuację medycyny sądowej przedstawiam w sprawozdaniach Konsultanta Krajowego, czynił to także mój poprzednik. Praktykujących medyków sądowych w Polsce jest około 100, ale moje protesty przy usuwaniu tej specjalizacji z listy priorytetowych nie zostały uwzględnione.

Wyrażała Pani Minister publicznie swoje zainteresowanie medycyną sądową. Wyrażam w imieniu całego środowiska prośbę o zainteresowanie się sytuacją naszej dziedziny; jest przecież społecznie niezbędna. Jesteśmy niezbędni przy wypełnianiu zadań Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Prokuratury Generalnej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a funkcjonujemy jako jednostka uczelni wyższej, której finanse nie stwarzają

szans na stworzenie dobrze wyposażonych, funkcjonalnych placówek, które w chwilach tragedii z udziałem wielu osób profesjonalnie i w godny sposób wypełnią swoje powinności. Uzdrawienie medycyny sądowej to zadanie dla Rządu. Jest jeszcze czas by dokonać przeglądów Zakładów Medycyny Sądowej; dużą rolę winny tu odegrać Wojewódzkie Centra Zarządzania Kryzysowego. Obecnie tylko w Katowicach są opracowane standardy postępowania w razie katastrof i innych tragicznych zdarzeń; Zakład Medycyny Sądowej odgrywa w nich bardzo dużą rolę.

Mam nadzieję, że Pani Minister, w natłoku innych ważnych spraw, znajdzie czas na podjęcie działań poprawiających sytuację polskiej medycyny sądowej.

Wyrażam gotowość wszelkiej współpracy i jestem do dyspozycji Pani Minister

03.01.2011

Szanowny Pan
Donald Tusk
Premier Rzeczypospolitej Polskiej

Dnia 29.06.2010 roku otrzymałam z Ministerstwa Zdrowia pismo, sygnowane przez Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Romana Danielewicza, którym zaproszono mnie lub wyznaczoną przeze mnie osobę do udziału w organizującym się Międzyresortowym Zespole ds. Katastrof.

W dniu 05.11.2010 roku brałam udział w pierwszym spotkaniu przedstawicieli ministerstw i innych instytucji, którzy zgodnie przyjęli konieczność stworzenia zasad działania Zespołu w formie pisemnej. Już na tym spotkaniu zorientowałam się, że rola medyków sądowych w organizowanym Zespole jest nie tylko niedoceniana, ale wręcz nie sąbrane pod uwagę pierwsze i podstawowe czynności medyczne, dokonywane przez zespoły ratownicze i medyczno sądowe, które są standardem postępowania na całym świecie. Miałam jednak nadzieję, że moje uwagi i późniejsza dyskusja zapewnią uwzględnienie medyków sądowych w Zespole i ich rolę w oględzinach miejsca katastrofy, zabezpieczeniu śladów biologicznych i identyfikacji ofiar.

W drugim spotkaniu w dniu 15.12.2010 roku uczestniczył upoważniony przeze mnie do udziału w Komisji, jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, prof. dr hab. Karol Śliwka.

Relacja Pana Profesora z przebiegu spotkania jest bardzo niepokojąca, gdyż wskazuje na kontynuację niezrozumiałego, już wcześniej prezentowanego stosunku do medyków sądowych, deprecjującego ich rolę.

Uwagi pisemne prof. dr. hab. Karola Śliwki są w pełni zgodne z moim stanowiskiem i przedstawiam je poniżej. Zostały one przekazane w piśmie z dnia 20.12.2010 roku Panu Dariuszowi Deptule z Departamentu Analiz i Nadzoru Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Powielony został zasadniczy błąd, zawarty w Zarządzeniu Nr 162 Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 października 2006 roku w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu do Spraw Zagrożeń Terrorystycznych. W Zespole tym bowiem nie uwzględniono przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, czyli pominięto najważniejsze – postępowanie z ofiarami ludzkimi aktów terrorystycznych. Oznacza to konieczność doraźnego, a zatem zazwyczaj chaotycznego organizowania pomocy rannym i dokonywania sądowo-lekarskich oględzin miejsca zdarzenia i zwłok – śmiertelnych ofiar zdarzenia.

A przecież jest to część działań, która budzi najwyższe emocje, a w późniejszym czasie, stwarza wiele wątpliwości i kontrowersji.

Sposób potraktowania medyków sądowych w organizowanym Zespole wpisuje się w ciąg zaniechań i niekorzystnych działań Ministerstw: Sprawiedliwości, Zdrowia, Nauki i Szkolnictwa Wyższego a także Spraw Wewnętrznych, które stopniowo doprowadzają do deprecjacji specjalizacji lekarskiej tj. medycyny sądowej. Świadczy o tym najdobitniej fakt nieprawidłowego używania, nawet przez urzędników Ministerstwa Zdrowia, określenia oznaczającego „medycynę sądową”. Używane są określenia: patolog (ta nazwa w naszym systemie nie funkcjonuje), patomorfolog (to specjalizacja nie związana z medycyną sądową częściowo o podobnej metodologii, ale o zupełnie innych celach), lekarz sądowy (to lekarze, którzy zgodnie z obowiązującymi ustawowo zasadami w oparciu o ustalony stan zdrowia, wydają usprawiedliwienia osobom wezwanym do czynności w postępowaniach karnych). Dodatkowo powoływani są do czynności medyczno-sądowych specjaliści nie – lekarze tj. antropodzy (choć do pewnych czynności są po stosownej praktyce upoważnieni), a także, co zdumiewa, archeolodzy. Od wielu lat nie możemy przekonać Ministerstw, że prawidłowo funkcjonujące bazy medycyny sądowej zapewniają prawidłowe funkcjonowanie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości co dla poczucia bezpieczeństwa i sprawiedliwości społecznej jest niezbędne.

Fakty świadczące o niedocenianiu (moim zdaniem nawet lekceważeniu) medycyny sądowej jako specjalizacji lekarskiej:

- przez lata medycyna sądowa traktowana była jako specjalizacja deficytowa (specjalistów praktykujących jest w Polsce około 120-150 tj. około 0,5 na 100 000 mieszkańców); w trakcie ostatniej weryfikacji przestała nią być, co wpływa na małe zainteresowanie tą specjalizacją absolwentów medycyny,
- kilka lat temu obniżono ilość godzin dydaktycznych z medycyny sądowej na uczelniach medycznych, a obecnie przedmiot „Medycyna sądowa” (VI rok studiów medycznych) zastępowany jest przedmiotem „Prawo medyczne i medycyna sądowa”, przy czym zakres prawa jest szeroki, a medycyny sądowej minimalny,
- konstrukcja przepisów Kodeksu Postępowania Karnego i Kodeksu Postępowania Cywilnego po-

woduje, że biegłym sądowym z zakresu medycyny może być każdy lekarz, mający wiedzę „medyczną” bez jakiegokolwiek szkolenia przygotowującego go do pełnienia odpowiedzialnych czynności biegłego sądowego. Prawo nie wymaga żadnego certyfikatu czy atestacji. Niejednokrotnie zatem, tylko wiadomości uzyskane w trakcie studiów medycznych stanowią podstawę działania takiego „biegłego”. W Polsce tylko specjaliści medycyny sądowej i psychiatrii sądowej są merytorycznie przygotowani do pełnienia czynności biegłego,

- akademickie Zakłady Medycyny Sądowej są powoływane jako biegli instytucjonalni do wielu czynności w postępowaniach karnych, cywilnych i ubezpieczeniowych (z zakresu medycyny, toksykologii i hemogenetyki). Brak jest jakiegokolwiek aktu prawnego, który określałby procedury i zasady, na jakich uczelnia wyższa pełni rolę biegłego sądowego,
- uczelnie medyczne, jako biegli instytucjonalni w zakresie finansowym, funkcjonują w oparciu o stosowny Dekret z 1950 roku (nowelizacja w 1975 roku), który jest anachroniczny, nie uwzględnia obecnie obowiązujących zasad działania instytucji ani, co ważniejsze, aktualnie obowiązujących badań (np. DNA),
- przywołane powyżej przepisy zawierają taryfę wynagrodzeń biegłych z zakresu medycyny sądowej, której zasady są przestrzegane wyłącznie przez uczelnie medyczne. Taryfa ta powoduje, iż godzina pracy biegłego to najtańsza godzina pracy w Polsce; za opracowanie opinii, np. w tzw. sprawie lekarskiej, przez 3 profesorów medycyny, wymagające kilkudziesięciu (co najmniej) godzin trwającego zapoznania się z aktami sprawy (w tym zazwyczaj słabo czytelną dokumentacją lekarską) wynosi niespełna 400 zł. O konieczności przystosowania przepisów do aktualnej sytuacji gospodarczej i coraz większych trudnościach w możliwościach organizacji interdyscyplinarnych zespołów opiniujących, ze względu na poniżające wynagrodzenia, pisałam do wszystkich, kolejnych Ministrów Sprawiedliwości (do aktualnego też) – bez efektu,
- powyższe przepisy są ponadto tak sformułowane, iż nie zapewniają uczelniom medycznym realizacji zapisu o zwrocie „innych kosztów niezbędnych dla wydania opinii”, co powoduje, iż uczelnie te finansują „usługi” na rzecz Prokuratury Generalnej i Ministerstwa Sprawiedliwości,
- sporządzanie faktur wg obowiązujących przepisów (od 01.01.2011 roku wprowadzono VAT co

będzie stanowiło dodatkowe obciążenie pracowników administracyjnych uczelni) powoduje, iż kwotowo są one wyższe niż rachunek wystawiony przez indywidualnego biegłego. Obserwujemy narastającą tendencję do korzystania z taniego i szybkiego w działaniu biegłego, także takiego, którego merytoryczne właściwości są znikome. Niestety obecna organizacja, możliwości osobowe i wynagradzanie medyków sądowych – nauczycieli akademickich powoduje wydłużanie czasu wydawania przez nich opinii. Z drugiej jednak strony uzyskanie opinii, co prawda w krótkim czasie, ale nie spełniającej swej roli powoduje konieczność uzyskania drugiej, niejednokrotnie trzeciej opinii, a po kilku latach akta kierowane są do Zakładu Medycyny Sądowej. Czas trwania w Polsce postępowań sądowych jest wyjątkowo długi, a powyższy mechanizm to tłumaczy,

- klinicyści, z których wielu para się opiniowaniem sądowo-lekarskim, czynności z nim związane niejednokrotnie wykonują na bazie miejsc pracy i tam też wykonują badania dodatkowe. Kosztów z tym związanych nie uwzględniają w rachunkach, są one zatem niskie, a zapłaci Ministerstwo Zdrowia,

- przed laty przy kilku Komendach Wojewódzkich zorganizowano laboratoria toksykologiczne i serologiczne. Budziło to i nadal budzi wiele kontrowersji, gdyż funkcjonariusz policji zatrzymuje podejrzanego, organizuje pobranie krwi, bada tę krew i wydaje opinię np. co do stanu nietrzeźwości. Uczyniono to mimo pełnej wydolności laboratorium przy Zakładach Medycyny Sądowej i mimo protestów wielu prawników. Obecnie pojawiają się w ramach działalności gospodarczej laboratoria toksykologiczne i hemogenetyczne prywatne, nie kontrolowane i nie atestowane, podobnie jak laboratoria policyjne. Dochodzi nawet do tego, że np. badania krwi na zawartość alkoholu przeprowadzane są (jak świadczą dane informacyjne na wydrukach wyników) w mieszkaniu prywatnym. Brak jest wymogów jakiegokolwiek atestacji takich laboratoriów. Atestowane są jedynie laboratoria przy Zakładach Medycyny Sądowej, które jednakże tracą zleceniodawców, nieuchronnie być może będzie ich zamykanie,

- przywołani już powyżej lekarze sądowi, stają się nimi bez spełnienia wymogów merytorycznych; nie przechodzą żadnych szkoleń i certyfikacji. Są nimi zazwyczaj lekarze klinicyści, dla których ocena kliniczna stanu zdrowia jest zazwyczaj tożsama

z oceną zdolności do uczestniczenia w postępowaniach karnych. „Usprawiedliwienia” niestawienia, wydawane przez lekarzy sądowych są drugą, „medyczną” przyczyną przewłoczności postępowań sądowych,

- pojawiły się także prywatne Centra Opiniodawcze itp., które zupełnie niekontrolowane pod względem merytorycznym decydują o jakości postępowań sądowych,

- zaniechano korzystania z konsultacji środowiska medyczno-sądowego przy tworzeniu aktów prawnych np. kodeksu karnego czy ustaw powiązanych z dziedziną medycyny sądowej. Stąd zdarzają się w ustawach określenia medyczne, które nie tylko nie są zgodne z intencją ustawodawcy, ale go kompromitują.

Poruszana przeze mnie tematyka jest obszerna i choć znana od wielu lat Ministerstwu nie budzi żadnego zainteresowania nawet w obliczu błędów medyczno-sądowych związanych ze „sprawą Olewnika”, czy braku przygotowania baz medyczno-sądowych w Polsce w razie tragicznych zdarzeń z licznymi ofiarami ludzkimi. Także sprawa Polaka, skazanego na dożywocie w Anglii jest – być może – związana z nieprawidłowo przeprowadzonymi czynnościami sądowo-lekarskimi.

Doraźnej oceny sytuacji baz medycznych i ich wydolność w razie zdarzenia o dużej liczbie ofiar ludzkich dokonałam w piśmie z dnia 30.04.2010 roku skierowanym do Pani Minister Ewy Kopacz. Pozostało bez odpowiedzi.

Przez lata urzędnicy ministerialni przyznając mi i innym medykom sądowym rację, podejmują działania pozorne (kolejne, fatalne merytorycznie projekty ustawy o biegłych) względnie nie widzą możliwości działania, zazwyczaj z powodów „finansowych”. Stan patologiczny zatem trwa i stopniowo pogłębia się, a jedynym uczuciem jakie odczuwamy to bezsilność.

Tylko zainteresowanie się Pana Premiera tymi problemami i zlecenie konkretnych działań międzyresortowych może uzdrowić istniejącą sytuację, gdyż po kilkunastu latach bezskutecznych interwencji straciłam nadzieję na rzeczową reakcję ze strony Ministerstwa. Pozostają do dyspozycji Pana Premiera.

Prof. dr hab. n. med. Barbara Świątek
Konsultant Krajowy
w dziedzinie Medycyny Sądowej