

Lublin, 20 listopada 2006 roku

Sz. Pan
Roman Danielewicz
Dyrektor Departamentu Nauki
i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia

R A P O R T

z realizacji zadań i uprawnień Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny sądowej,
opracowany stosownie do pkt. 6 § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 października 2002 roku w sprawie konsultantów krajowych
i wojewódzkich oraz warunków umowy, zgodnie z wzorem do niej załączonym

I. Ogólna ocena medycyny sądowej, a także toksykologii i genetyki sądowej.

Poziom medycyny sądowej a także toksykologii i genetyki sądowej w 10 akademickich zakładach medycyny sądowej uznać należy za bardzo dobry lub dobry. Z powodzeniem mimo braku należnego wsparcia, nadążamy za wiodącymi ośrodkami europejskimi zarówno w sferze badań naukowych jak i dziedzinie nauczania tej dyscypliny w ramach studiów lekarskich i pokrewnych.

Podstawowym problemem akademickich zakładów medycyny sądowej jest jednak to, że liczba zatrudnionych w nich pracowników (przede wszystkim lekarzy ale także toksykologów i genetyków sądowych) limitowana jest przez pensum dydaktyczne i nic nie wskazuje by Ministerstwo Zdrowia i poszczególne Uczelnie miały ochotę to zmienić.

Fakt, że medycyna sądowa (podobnie jak toksykologia i genetyka sądowa) to nauki stosowane, na które istnieje duże zapotrzebowanie społeczne tak jak na świadczenia zdrowotne (gdzie naszych ekspertów zaliczyć jednak nie można), nie dociera bowiem do decydentów stopnia centralnego, zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i w Resortach Sprawiedliwości oraz Administracji. Świadczy o tym między innymi brak jakiegokolwiek reakcji na mój wniosek (zawarty w poprzednim raporcie) o zwiększenie limitu zatrudnienia w akademickich zakładach medycyny sądowej o 100 % oraz

o zwiększenie liczby nieakademickich zakładów medycyny sądowej i wzmocnienie kadrowe już istniejących. Powtarzam zatem ten wniosek i przypominam, że jest to konieczne także ze względu na wymagania Unii Europejskiej, w których np. przewiduje się wykonywanie sądowo-lekarskich sekcji zwłok przez dwóch specjalistów zakładu medycyny sądowej, a u nas (z powodu braku takich i odpowiednio rozwiniętej sieci zakładów medycyny sądowej, co gwarantowałoby nadzór specjalistyczny) znaczna liczba tych procedur wykonywana jest nadal przez lekarzy bez właściwego przygotowania.

II. Dostępność do świadczeń z zakresu medycyny sądowej oraz toksykologii i genetyki sądowej

Dostępność do świadczeń z zakresu medycyny sądowej (tj. do różnego rodzaju ekspertyz medycznych, ekspertyz toksykologiczno-sądowych i ekspertyz genetyczno-sądowych) oceniam jako dalece niezadowalającą. Ze względu na dziesiątki lat zaniedbania 11 akademickich i 4 nieakademickie zakłady medycyny sądowej nie są w stanie podolać zapotrzebowaniu na wysoko specjalistyczne ekspertyzy z tego zakresu. Sprawia to, że wykonują je inne instytucje oraz inni niż medycy sądowi specjaliści. Istnieje zatem przyzwolenie ze strony tych którzy powinni dbać o prawidłowy bieg spraw, na sytuację zbliżoną do tej, gdy np. ginekolog decyduje w sprawach narządów wzroku lub dermatolog leczy

schorzenie trzustki, co w normalnych warunkach uznane byłoby to za przekroczenie kompetencji oraz za narażenie na niebezpieczeństwo zdrowia i życia, a z zarzutów takich „zwalniani” są ci wszyscy, którzy wchodzą w obszar wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny sądowej, toksykologii sądowej i genetyki sądowej.

O złożonym charakterze tego problemu a także działaniach przy pomocy których sytuację tę można by poprawić pisałem obszernie w ostatnim raporcie, a także w innych pismach pisanych do Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości. Chętnym do działania służę więc tymi tekstami oraz swoją osobą.

III. Prognoza zapotrzebowania na świadczenia z zakresu medycyny sądowej, a także toksykologii i genetyki sądowej.

Istnieją pełne podstawy by zakładać stały wzrost zapotrzebowania na te świadczenia. Wiąże się to bowiem z rozwojem cywilizacyjnym Polski, w ślad za którym wzrastają takie cywilizacyjne zagrożenia jak alkoholizm i narkomania, które trzeba monitorować i zwalczać oraz oceniać indywidualnie w różnych aspektach dla potrzeb postępowań karnych, cywilnych i ubezpieczeniowych. Nie zmieni się prawdopodobnie poziom wątpliwości odnośnie do biologicznego ojcostwa, wzrośnie natomiast zapotrzebowanie na określanie pokrewieństwa genetycznego dla potrzeb imigracyjnych. Nie należy również spodziewać się spadku wykroczeń i przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu, których skutkami zajmuje się klasyczna medycyna sądowa. Dynamiczny wzrost nastąpi z pewnością w podejrzaniach o błąd medyczny, których oceną (dla dobra lekarzy i jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia) powinni się zajmować medycy sądowi przy współudziale przedstawicieli dyscyplin klinicznych. Tylko to gwarantuje bowiem, że w opiniowaniu przestrzegane będą prawidłowo wszystkie podstawowe zasady (*conditio sine qua non, ex ante, in dubio pro reo*), co jest podstawowym warunkiem odpowiedniej oceny tego rodzaju zdarzeń.

Prokuratury oraz instytucje ubezpieczeniowe będą chciały dysponować większą liczbą sekcji zwłok w przypadkach osób zmarłych nagle lub w niewyjaśnionych okolicznościach. Podejrzani, oskarżeni i skazani, a także inni uczestnicy różnego rodzaju postępowań prawnych częściej prawdopodobnie będą sięgać po względy zdrowotne jako okoliczność zwalniającą z uczestnictwa w czynnościach prawnych względnie uniemożliwiającą osadzenie w areszcie lub od-

bycia kary, a problemowi temu nie są w stanie podołać powołani bez jakiegokolwiek przygotowania tzw. lekarze sądowi. Doświadczenie poucza przy tym, że przerzucenie tej problematyki poza obszar oddziaływania specjalistów z zakresu medycyny sądowej, powoduje znacznie utrudnienia w egzekucji prawa i najłagodniej mówiąc nadużycia.

Na zakończenie tego wątku podkreślam z całą stanowczością, że powstająca Ustawa o Biegłych w jej obecnej formie nie rozwiąże problemu zapotrzebowania na ekspertyzy medyczno-sądowe, toksykologiczno-sądowe i genetyczno sądowe. Wiedzę specjalistyczną w zakresie medycyny sądowej zdobywa się bowiem w ciągu 5-ciu lat specjalizacji – nie zastąpi jej więc żadne postępowanie kwalifikacyjne i mianowanie biegłym. Mianowanie biegłym da bowiem jedynie uprawnienia bez kwalifikacji i odpowiedniej praktyki oraz pseudo pewność tym którzy mieli wątpliwości, co do swoich kompetencji w roli biegłych. Rygor zaś (projekt ustawy przewiduje obowiązek realizacji zleconej ekspertyzy pod groźbą kary) zmusi natomiast lekarzy do opiniowania nawet jeżeli będą mieli wątpliwości, czy są do tego odpowiednio przygotowani. Nie ku takim celom chyba jednak zmierzamy. Oprócz prawa ma przecież obowiązywać jeszcze sprawiedliwość.

IV. Aktualna liczba osób realizujących specjalizację z zakresu medycyny sądowej (stan na dzień 30 września 2006).

Ze sprawozdań, które nadeszli mi Konsultanci Wojewódzcy wynika, że obecnie specjalizację z zakresu medycyny sądowej kontynuuje 35-ciu lekarzy, z których 11 – to asystenci zakładów akademickich, 1 jest doktorantem, 19 – to rezydenci, a 4 pozostałych zatrudnionych jest na tzw. etatach technicznych.

1 rok szkoli się 6 osób, 2 lata 3, 3 lata 5, 4 lata 3, 5 lat 7, a więcej niż 6 lat 7 dalszych lekarzy.

Otrzymałem ponadto informację, że w roku 2007 do egzaminu specjalizacyjnego planuje przystąpić 6 lekarzy, ale nie podano przy tym podziału na sesję wiosenną i jesienną.

V. Specjaliści Wojewódzcy planują w roku 2007 otwarcie 7 etatów rezydenckich.

Nie dysponuję jednak podziałem tych potrzeb na postępowania kwalifikacyjne wiosenne i jesienne.

VI. Opinia o realizacji kontynuowanych specjalizacji z zakresu medycyny sądowej.

Wiadomości na ten temat otrzymałem tylko z 6-ciu (spośród 11 uprawnionych i specjalizują-

cych) zakładów akademickich. Tylko w przypadku województwa pomorskiego „...ze względu na złe układającą się współpracę i nie wywiązywanie się z podstawowych obowiązków...” kierownik specjalizacji poinformował mnie o tym, że wystąpił z wnioskiem o zakończenie szkolenia lek. med. [...]. Natomiast w przypadku województwa warmińsko-mazurskiego poinformowano mnie, że „...małe widoki na zakończenie specjalizacji...” ma lek. med. [...]. Specjalista Wojewódzki w dziedzinie medycyny sądowej z województwa dolno-śląskiego poinformował mnie zaś, że w jednym przypadku został zmuszony do przedłużenia specjalizacji 1 rok, a w dwóch (lek. med. [...] i [...]) nie widzi „...szans na zaliczenie stażu i zdawania egzaminu...”.

W pozostałych przypadkach zapewniono mnie natomiast, że specjalizacja przebiega prawidłowo, względnie (z przyczyn jak we wstępie) nie posiadam wiedzy na ten temat.

VII. W roku 2006 szkolenia niezbędne do realizacji specjalizacji z zakresu medycyny sądowej zaplanowano i zrealizowano wyłącznie w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Łodzi. Były to dwa kursy. Pierwszy z nich „Obliczenia biostatystyczne w oparciu o program DNA stat 1,0” odbył się 11 stycznia – liczby uczestników nie podano. Drugi miał miejsce 18-19 maja. Była to „Histopatologia Sądowa” – uczestniczyło 7 osób.

Z przykrością wyjaśniam, iż nie otrzymałem żadnych informacji o planowanych kursach. W związku z tym w najbliższym czasie wystąpię w tej sprawie do wszystkich akademickich zakładów medycyny sądowej, a o rezultatach tego apelu poinformuję Pana Dyrektora w oddzielnym piśmie.

VIII. Inne.

1. W dniu 03 stycznia 2006 roku informowałem Pana Jarosława Pinkasa Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, o mojej akceptacji dla projektu zmian w Ustawie o Diagnostyce Laboratoryjnej. W tej samej sprawie wobec wątpliwości środowiska medyków sądowych odnośnie do rzeczywistych zmian w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej zwróciłem się do ww ponownie w dniu 30 października z prośbą o interwencję.

2. W dniu 25 stycznia br. w związku z naradą, która miała się odbyć w Ministerstwie Sprawiedliwości nt. Ustawy o Biegłych, wystąpiłem jednocześnie do Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia prezentując swoje uwagi na ten temat w elaboratach liczących odpowiednio

21 i 6 stron. Uważałem bowiem, że mam prawo i obowiązek poinformować ww Ministrów o poglądach, jakie na ten temat ma ignorowana przez nich grupa „etatowych biegłych”, tj. osób, które zawodem swym i przedmiotem dociekań naukowych uczyniły ekspertyzę medyczną (a także toksykologiczną i genetyczną) na rzecz wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania. Uważałem ponadto, że mam obowiązek uprzedzić Ministra Zdrowia o rozmiarach skutków jakie w ochronie zdrowia wywoła Ustawa o Biegłych w przypadku zaakceptowania jej projektu w ówczesnej formie. Chciałem również zwrócić uwagę Pana Ministra na niedocenianą (niestety także przez Niego) rolę specjalistów z zakresu medycyny sądowej w opiniowaniu w sprawach podejrzanych o błąd medyczny.

3. W dniu 27 lutego wziąłem udział w posiedzeniu zespołu roboczego do sprawy opracowania kryteriów stwierdzania śmierci mózgu, a następnie 25 lipca po uprzednim dokładnym zapoznaniem się z nimi zaakceptowałem stosowne wytyczne i przypisy na ten temat.

4. Ze względu na to, że w projekcie Ustawy o Biegłych nastąpiły niezadowolające medyków sądowych zmiany oraz, że nie uwzględniono w żadnej mierze naszych wcześniejszych wystąpień w tej sprawie, a nawet nie uznano za stosownie poinformowanie nas o tych zmianach, zwróciłem się tym razem do Pana Sędziego Andrzeja Kryże Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości w piśmie z dnia 28 lutego. Przypomniałem ww o roli i możliwości medycyny sądowej dla realizacji zadań przez sądy i prokuraturę oraz Jego osobistą współpracę z medykami sądowymi, jak również zwróciłem uwagę na nie uzasadnione, aroganckie moim zdaniem pomijanie nas w konstruowaniu ustawy decydującej w znacznej mierze o naszej pracy zawodowej. Przedstawiłem również konkretne propozycje zmian i obszernie uzasadniłem na 11 stronach wystąpienia.

5. 06 kwietnia 2006 miałem przyjemność zaprezentować swój pogląd (nt. zarządzania i czasu wykonywania sekcji zwłok w przypadkach zgonów w szpitalu przed upływem 12 godzin) Panu Dyrektorowi Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Piotrowi Warczyńskiemu, który zwrócił się do mnie w tej sprawie.

6. 11 i 12 kwietnia w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Lublinie odbył się (zakończony z powodzeniem dla wszystkich) państwowy egzamin specjalizacyjny 4 lekarzy (Tomasza Jurka, Sławomira Majdanika, Macieja Michalskiego oraz Doroty Pieśniak) przed 6 osobową Komisją, której przewodniczyłem.

7. W dniu 18 maja br. w trybie pilnym, na podstawie faxu i telefonicznej rozmowy udzieliłem odpowiedzi Panu Dyrektorowi Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w MZ Włodzimierzowi Pisarskiemu odnośnie do postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu.

8. Tego samego dnia w związku z zainteresowaniem Pana Dyrektora Włodzimierza Pisarskiego (wyrażonym w trakcie rozmowy telefonicznej) moimi wystąpieniami nt. ustawy o biegłych, przekazałem Mu ich kopie wraz z piśmie z dodatkowymi uwagami.

9. 25 maja Pan Dyrektor W. Pisarski otrzymał ode mnie 12 stronicowe wystąpienie z dalszymi uwagami i ich uzasadnieniem nt. projektu ustawy o biegłych, do którego to wystąpienia dołączyłem 2 załączniki obejmujące nowe taryfy wynagrodzenia (dla indywidualnych biegłych z zakresu medycyny sądowej oraz jednostek organizacyjnych akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych oraz zakładów służby zdrowia w postępowaniu przed sądami) zaproponowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii.

10. Dzień później tj. 26 maja 06. w odpowiedzi na pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Andrzeja Grzelaka (które jak dotychczas stanowi jedyny wyraz zainteresowania się Ministerstwa Sprawiedliwości naszym stanowiskiem w sprawie projektu ustawy o biegłych) przesłałem Panu Ministrowi Sprawiedliwości Zbigniewowi Ziobro kolejne, liczące 17 stron, wystąpienie na temat projektu ustawy o biegłych (tym razem z dnia 26 kwietnia), do którego również dołączyłem 2 załączniki obejmujące nowe taryfy wynagrodzenia (dla indywidualnych biegłych z zakresu medycyny sądowej oraz jednostek organizacyjnych akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych oraz zakładów służby zdrowia w postępowaniu przed sądami) zaproponowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii.

11. 15 listopada 06 roku przekazałem dr med. Jerzemu Brzyskiemu Kierownikowi Zakładu Medycyny Sądowej w Bielsku Białej mój pogląd nt. ile sekcji w skali rocznej powinien wykonać specjalista z zakresu medycyny sądowej w ramach etatu obejmującego 112 godzin miesięcznie, czyli 26 godzin i 15 minut tygodniowo przez analogię do stanowiska patomorfologów przyjąłem przy tym, że limit ten wynosi 120 sekcji rocznie, co podkreślam ponieważ jest to sytuacja formalnie nieokreślona. W związku z tym jak się okazuje dr med. J. Brzyski wykonuje obecnie nieodpłatnie 200 % normy podobnie

jak to miało miejsce w roku 2004 w przypadku lek. med. Adama Rutkiewicza w województwie świętokrzyskim.

12. Ostatnie moje wystąpienie z dnia 30 października (błędnie oznaczona 30 listopada) to interwencja u Pana Jarosława Pinkasa Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia spowodowana tym, że w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października „w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe” pominięto medycynę sądową, co potraktowałem jako wyraz małej przydatności wszystkich moich dotychczasowych wystąpień do różnych osób w Ministerstwie Zdrowia (i nie tylko) na temat aktualnego stanu medycyny sądowej, jej perspektyw oraz związanych z tym naszych oczekiwań.

Proszę zatem przyjąć do wiadomości, że Katedry i Zakłady Medycyny Sądowej, których stan osobowy (już niemal bez wyjątku) odpowiada wyłącznie pensum dydaktycznemu realizują bardzo znaczną ilość ekspertyz medycznych, toksykologicznych i genetycznych, dowodem czego są dwie załączone do tego raportu tabele.

Proszę również przyjąć do wiadomości, że przede wszystkim ze względów personalnych (tj. z powodu braków odpowiednio przygotowanych do tych zadań specjalistów) wyżej przedstawione wykonawstwo w dziedzinie ekspertyz medycznych to niemal kres naszych możliwości. W dziedzinie ekspertyz toksykologicznych i genetycznych w niektórych przypadkach ograniczenia wykonawcze wynikają zaś z niedostatków aparaturowych, które postaram się przeanalizować w najbliższym czasie.

Będę wdzięczny za przekazanie wyżej i w ramach powiązań poziomych, że bez tego wykonawstwa nie istnieje nauczanie medycyny sądowej na poziomie akademickim, specjalizowanie tych nielicznych lekarzy, którzy się do nas zgłaszają oraz nie istnieje nasza działalność naukowa.

Na zakończenie powtarzam, po raz kolejny, że jedyną nadzieją na ciąg dalszy naszej dyscypliny jest:

1. zwiększenie, wyraźnie ponad pensum dydaktyczne, normatywnego zatrudnienia w poszczególnych akademickich zakładach medycyny sądowej – stosownie do zapotrzebowania regionu (w obrębie którego są usytuowane) na ekspertyzy medyczno-sądowe, toksykologiczno-sądowe i genetyczno-sądowe, przy czym poziom tych potrzeb należy wcześniej określić na podstawie rozeznania tych jednostek or-

ganizacyjnych AM oraz właściwych sądów, prokuratur i policji,

2. zwiększenia zatrudnienia w istniejących obecnie 4 nieakademickich zakładach medycyny sądowej, stosownie do określonych w sposób jak wyżej potrzeb lokalnych,
3. tworzenie nowych regionalnych zakładów medycyny sądowej tam gdzie istnieć powinny, np. w Rzeszowie i w Zamościu,
4. opracowanie normy oczekiwanego wykonawstwa ekspertyz sądowych ze strony specjalistów zatrudnionych w nieakademickich zakładach medycyny sądowej.

Tylko w ten sposób można bowiem stworzyć miejsca pracy dla specjalizujących się z zakresu medycyny sądowej, a przez to zachęcić do otwierania nowych specjalizacji w tej dziedzinie oraz wyraźnie zwiększyć zdolności do wykonywania ekspertyz medycznych przez najlepiej do tego przygotowanych lekarzy-specjalistów z zakresu medycyny sądowej. Tylko w ten sposób można ponadto przeciwdziałać tendencjom przejawiającym się w kierowaniu postanowieniami do specjalistów z innych dyscyplin, co rodzi negatywne skutki, których efektem są wątpliwości lub nawet błędy na poziomie decyzji prawnych z orzekaniem o winie włącznie.

Z poważaniem

Prof. dr hab. n. med. Roman Mądro

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej
Akademii Medycznej w Lublinie
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Sądowej

Załączniki stanowią dwie tabele

	wykonane w 2005 r. ekspertyzy toksykologiczne									wykonane w 2005 r. ekspertyzy genetyczne		
	ocena stanu trzeźwości					oznaczenie				badanie DNA		
	oznaczenie etanolu (e)				na podstawie rachunku retro- i prospektywnego (i)	COHb (j)	środków działających podobnie do alkoholu (k) ¹	innych trucizn (l) (k)	łącznie (j+k+l)	ojcostwo i pokrewieństwo (l)	ślady biologiczne	
	sekcje		u osób żywych (h)	łącznie (f+g+h)							ilość spraw (m)	liczba dowodów (n)
z zakładu (f)	z terenu (g)											
1. Szczecin	b.d.	b.d.	b.d.	1050	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	1089	103	158	b.d.
2. Gdańsk	1830	962	887	3679	65	49	1023	66	1175	145	36	3232
3. <i>Białystok²</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>
4. Białystok	563	155	48	718	92	73	43	15	131	122	b.d.	1500
5. <i>Poznań</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>
6. Poznań	321	146	919	1386	150	50	335	80	465	85	50	b.d.
7. Bydgoszcz	1029	1092	178	2299	85	39	110	b.d.	149	227	128	b.d.
8. Warszawa	2731	127	28	2886	b.d.	99	b.d.	216	315	350	b.d.	240
9. Wrocław	1582	1138	39	2759	10	88	856	b.d.	944	287	b.d.	1722
10. <i>Opole</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	433	<i>b.d.</i>	15	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	465	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>
11. Łódź	550	492	b.d.	979	10	87	50	b.d.	137	145	40	240
12. Katowice	661	954	75	1 690	43	111	139	457	707	98	3	b.d.
13. <i>Kielce</i>	<i>413</i>	<i>277</i>	<i>29</i>	<i>719</i>	<i>b.d.</i>	<i>11</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>11</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>
14. Lublin	949	248	1021	2218	165	64	39	74	177	104	98	580
15. Kraków	928	193	10	1131	b.d.	60	9	160	229	123	34	530
	413	277	29	1152	b.d.	26	b.d.	b.d.	476	b.d.	b.d.	b.d.
	11144	5507	3234	20759	610	720	2604	924	5418	1789	547	8044
	11557	5784	3263	21911	610	746	2604	924	5894	1789	547	8044

¹ k – metanol, glikol, narkotyki i leki podobnie działające

² kursywą zaznaczono ośrodki nieakademickie (terenowe)

	wykonane w 2005 r. ekspertyzy medyczne					
	sekcje (a)	ocena zdoln. ¹ (b)	akta ² (c)	obdukcje (d)		łącznie (a+b+c+d)
				zlecone ³	prywatne	
1 Szczecin	374	161	588	1691	2814	
2 Gdańsk	1031	249	887	50	21	2238
3 <i>Białystok</i> ⁴	530	92	271			1061
4 Białystok	468	23	365	75	481	1412
5 <i>Poznań</i>	<i>b.d.</i> ⁵	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>
6 Poznań	395	525	1482	766	493	3661
7 Bydgoszcz	454	78	463	19	165	1179
8 Warszawa	1934	<i>b.d.</i>	350	<i>b.d.</i>	200	2484
9 Wrocław	920	122	804	77	1301	3224
10 <i>Opole</i>	262	<i>b.d.</i>	16	31	18	327
11 Łódź	684	37	487	358	723	2289
12 Katowice	745	80	827	<i>b.d.</i>	452	2104
13 <i>Kielce</i>	232	9	45	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	286
14 Lublin	604	68	192	487	564	1915
15 Kraków	973	292	444	715	89	2613
	<i>1024</i>	<i>101</i>	<i>332</i>	<i>31</i>	<i>18</i>	<i>1674</i>
	8582	1635	6889	2578	4489	25933
	9606	1736	7221	2609	9044	27607
	13512					

¹ zdolności do udziału w czynnościach procesowych, pobytu w areszcie i do odbycia kary

² opinie z uwzględnieniem materiałów zawartych w aktach wydane w sprawach karnych i cywilnych oraz innych

³ badania na podstawie postanowienia sądu, ewen. prokuratury lub policji

⁴ kursywą zaznaczono ośrodki nieakademickie (terenowe)

⁵ brak danych