

Uzasadnienie

Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw ma na celu wprowadzenie kompleksowych regulacji w zakresie zadań realizowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą odnoszących się do urodzeń oraz zgonów, jak i ich właściwego dokumentowania.

Obecnie w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) znajdują się częściowe regulacje i to wyłącznie w odniesieniu do pacjentów, których zgon nastąpił w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych. Natomiast brak jest ustawowych regulacji, co do zasad dokumentowania urodzeń.

Wskazać należy, że do osób zmarłych w innych miejscach nadal zastosowanie mają archaiczne przepisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych, wydanych na podstawie upoważnień zawartych w tej ustawie, które powstały w zupełnie innej rzeczywistości prawnej, społecznej i organizacyjnej oraz są obecnie nieadekwatne do stanu stosunków społecznych czy prawnych.

Przepisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych nie spełniają również wymagań obecnych zasad tworzenia prawa, w tym podziału materii na ustawową i wykonawczą, czy standardów konstruowania upoważnień ustawowych do wydania aktów wykonawczych.

Regulacje objęte ustawą z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych stwarzają liczne problemy, które nie mogą być wyeliminowane w drodze interpretacji. Odnoszą się one przede wszystkim do instytucji ochrony zdrowia nie funkcjonujących w obecnym systemie działalności leczniczej, a także do obowiązków osób wykonujących zawody medyczne, zasad finansowania wykonywanych czynności, jak i dostępu do danych niezbędnych dla urzędów stanu cywilnego oraz statystyki publicznej, które to zagadnienia wymagają umiejscowienia w aktualnym otoczeniu zarówno prawnym jak i faktycznym.

Stosowanie obowiązujących regulacji wymaga dokonywania ciągłych interpretacji i dostosowywania ich do zaistniałych na przestrzeni lat zmian w obszarze działalności medycznej oraz administracji państwowej i samorządowej, co i tak nie pozwala na ich bezpośrednie stosowanie przez podmioty lecznicze, lekarzy, ratowników medycznych, a także przez zaangażowane w realizację tych zadań jednostki samorządu terytorialnego.

Realizacja powyższego wymaga zatem ustanowienia nowych rozwiązań zarówno w obszarze zadań pozostających we właściwości podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak i podmiotów z nimi współdziałających. Ponadto jest konieczne określenie zasad finansowania zadań objętych projektem ustawy, które obecnie są realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, ale ich finansowanie pozostaje poza aktualnymi regulacjami prawnymi.

Projektowane przepisy stanowią odpowiedź na szereg zidentyfikowanych problemów, w tym w sposób kompleksowy uregulują zagadnienia, takie jak stwierdzanie i dokumentowanie zgonów.

Celem projektu ustawy są również zmiany w zakresie obowiązujących regulacji, które umożliwią uzyskanie pełnej i wiarygodnej informacji na temat przyczyn zgonów i w sposób zdecydowanie szybszy niż obecnie oraz przy optymalnym wykorzystaniu istniejących państwowych zasobów informacji. Pozyskiwanie prawdziwych informacji na temat przyczyn zgonów jest niezmiernie istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Należy zauważyć, że Główny Urząd Statystyczny wielokrotnie podkreślał, że polskie dane dotyczące zgonów obejmujące ich przyczyny są złej jakości:

- 1) Światowa Organizacja Zdrowia od szeregu lat wyklucza Rzeczpospolitą Polską z analiz porównawczych, dotyczących umieralności według przyczyn, a przyczyną wykluczenia danego kraju jest co najmniej 25% udział zgonów o nieprecyzyjnych i bezużytecznych określeniach/opisach przyczyn (tzw. kody śmieciowe);
- 2) niska jakość informacji o przyczynach zgonów wynika z nieprawidłowego przedstawiania procesu i przyczyn, które doprowadziły do zgonu; podstawowym problemem jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, a w konsekwencji niewłaściwe lub nieprecyzyjne wskazanie wyjściowej przyczyny zgonu.

Z uwagi na powyższe jest konieczne zmodyfikowanie funkcjonujących zasad stwierdzania przyczyn zgonu, z uwzględnieniem procedur przekazywania kompletnych danych o zgonach. Nie bez znaczenia dla powyższego pozostaje wprowadzenie pozyskiwania informacji o zgonach w formie elektronicznej, co będzie miało również wpływ na realizację opracowań statystycznych i terminowe spełnianie zobowiązań krajowych i międzynarodowych.

Zauważa się również, że problemy wynikające z braku aktualnych i szczegółowych przepisów prawa w regulowanym zakresie są przedmiotem ciągłych interwencji ze strony organów

państwowych, jednostek samorządu terytorialnego, osób wykonujących zawody medyczne, samorządów zawodów medycznych, a także bliskich osób zmarłych.

Wskazują one w szczególności na brak:

- 1) systemowego uregulowania problemu stwierdzania, rejestrowania i dokumentowania zgonów, w tym zapobiegających zbyt długiemu oczekiwaniu zwłok osób zmarłych w miejscach publicznych czy w miejscu znalezienia zwłok, do czasu przewiezienia do prosektorium lub zakładu medycyny sądowej;
- 2) rozwiązań dotyczących stwierdzania zgonu w razie śmierci osoby poza jej miejscem zamieszkania, poza szpitalem, bądź śmierci, która nie nastąpiła w wyniku wypadku lub przestępstwa, w tym instytucji koronera;
- 3) systemowych zasad rozliczeń i finansowania czynności związanych ze zgonami;
- 4) kompleksowych regulacji odnoszących się do transportu zwłok.

Podkreślenia wymaga, że obowiązujące przepisy redagowane były zgodnie z ówczesnymi zasadami techniki legislacyjnej i próby ich aktualizowania, czy modyfikowania, a zwłaszcza przepisów wykonawczych wydanych na podstawie upoważnień zawartych w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, nie mogą być wskazane jako słuszne i pozostające w zgodzie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto występujące w obecnych regulacjach określenia i sformułowania, w tym dotyczące podmiotów funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia, nie odpowiadają przyjętym w przepisach ustanawianych w związku z wprowadzanymi reformami i przekształceniami oraz stwarzają wiele problemów natury prawnej i finansowej.

Mając na względzie powyższe oraz to, że ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej obejmuje już częściowe regulacje dotyczące zasad stwierdzania zgonu, jego dokumentowania i postępowania ze zwłokami, odnoszące się tylko do przypadków zgonu pacjenta w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, za zasadne przyjęto uzupełnienie tych regulacji, tak aby uwzględniały wskazane zagadnienia w sposób kompleksowy. Wskazać bowiem należy, że działalność lecznicza oprócz świadczeń zdrowotnych obejmujących działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia uwzględnia również inne działania medyczne zarówno w odniesieniu do stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, jak i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Niewątpliwie do takich innych działań medycznych należy zaliczyć procedury stwierdzania zgonu oraz postępowania ze zwłokami w

przypadku przeprowadzania badań pośmiertnych, osób zmarłych w innych miejscach niż obecnie jest to uregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

I. Projektowane zmiany.

Projekt ustawy wprowadza regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej obejmującej realizację zadań w zakresie urodzeń, martwych urodzeń i zgonów, w tym odnoszących się do procedur związanych z wdrożeniem funkcjonowania elektronicznego obiegu dokumentów stwierdzających zaistnienie ww. zdarzeń tj. elektronicznej karty urodzenia (e-karta urodzenia), elektronicznej karty urodzenia z adnotacją martwego urodzenia (e-karta martwego urodzenia) oraz elektronicznej karty zgonu (e-karta zgonu). Dokumenty te będą przetwarzane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), zwanym dalej „Systemem P1”, i będą stanowiły elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu tej ustawy.

1. Projekt ustawy w zakresie dokumentowania urodzenia dziecka reguluje następujące zagadnienia:

- 1) zasady wystawiania e-karty urodzenia w przypadku, gdy poród:
 - a) nastąpił w szpitalu udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii, albo do którego zgłosiła się, albo została przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego, matka z dzieckiem urodzonym w warunkach pozaszpitalnych,
 - b) był prowadzony w warunkach pozaszpitalnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii albo położną, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej albo w podmiocie leczniczym, w którym osoby te udzielają świadczeń zdrowotnych;
- 2) zakres danych objętych e-kartą urodzenia, który jest uwarunkowany zakresem danych koniecznych do sporządzenia przez urząd stanu cywilnego aktu urodzenia, a także przekazywanych dla potrzeb służb statystyki publicznej;
- 3) procedury postępowania w przypadku konieczności anulowania albo korekty e-karty urodzenia, z uwagi na zamieszczone w niej błędne dane.

Wystawca karty urodzenia będzie mógł korzystać z dostępnych już w systemie informacji osobowych i medycznych, natomiast karta urodzenia po wystawieniu trafi automatycznie do

systemu P1. Pozwoli to z jednej strony na łatwy i zdelokalizowany dostęp do karty urodzenia, ale też łatwiejsze i szybsze (automatycznie, w czasie rzeczywistym) przekazywanie e-karty urodzenia do właściwego urzędu stanu cywilnego. Jednocześnie do urzędu stanu cywilnego będą trafiać jedynie te informacje, które są niezbędne do rejestracji stanu cywilnego. Zasada taka będzie funkcjonowała również w odniesieniu do danych przekazywanych na potrzeby statystyki publicznej. W e-karcie urodzenia został uwzględniony zakres danych potrzebny dla poszczególnych instytucji i organów, ale również mający na względzie ograniczenie czasu jej wystawiania przez pozyskanie określonych danych z innych źródeł.

2. Projekt ustawy w zakresie stwierdzania i dokumentowania zgonu reguluje następujące zagadnienia:

- 1) zasady stwierdzania zgonu obejmujące zebranie odpowiednich informacji o okolicznościach poprzedzających zgon, przeprowadzenie oględzin zwłok z ustaleniem ewentualnych obrażeń ciała, dokonanie ustaleń dotyczących czasu zgonu, ustalenia tożsamości osoby zmarłej oraz stwierdzenia przyczyny zgonu, uwzględniając zapoznanie się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia w okresie poprzedzającym zgon, jeżeli jest to możliwe;
- 2) wskazanie osób zobowiązanych do stwierdzania zgonu w zależności od miejsca zgonu, zaistniałych okoliczności oraz obowiązków osób wykonujących zawody medyczne w ramach działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, tj.: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, innego lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, jeżeli zgon nastąpił w tym podmiocie, lekarza hospicjum domowego albo zespołu długoterminowej opieki domowej, kierownika zespołu ratownictwa medycznego, uprawnionego lekarza, ratownika medycznego albo pielęgniarkę systemu ratownictwa medycznego, a także coronera;
- 3) stwierdzanie zgonu przez wskazane osoby wykonujące zawód medyczny w ramach podmiotu leczniczego tworzonego przez Ministra Obrony Narodowej i jednostki wojskowej w przypadku zgonu żołnierza lub pracownika realizujących zadania w ramach użycia jednostek wojskowych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa na zasadach określonych w ustawie z dnia 17

grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 755);

- 4) funkcjonowanie koronera, w tym sposób podejmowania postępowania w miejscu znalezienia zwłok na wezwanie osób zobowiązanych do stwierdzenia zgonu, w szczególności w przypadku wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu, a także na wezwanie wskazanych w projektowanych przepisach służb i podmiotów innych niż podmioty wykonujące działalność leczniczą, zakres wykonywanych czynności oraz prowadzenie dokumentacji, a także warunków jakie musi spełniać lekarz posiadający prawo do wykonywania czynności koronera, w tym zawieranie z wojewodą umowy o wykonywanie czynności koronera;
- 5) zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w innych miejscach niż w podmiocie udzielającym stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych (szpital, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy) oraz w środkach transportu sanitarnego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, oraz przewozu zwłok do zakładów medycyny sądowej albo prosektorium wskazanego szpitala;
- 6) zasady postępowania w przypadku martwego urodzenia;
- 7) zasady dokumentowania zgonów i martwych urodzeń, w tym sporządzania e-karty zgonu i e-karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu oraz w określonych okolicznościach sporządzanie karty zgonu i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu w postaci papierowej;
- 8) przekazywanie danych objętych kartą zgonu i kartą urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu we wskazanym zakresie, do określonych podmiotów, w szczególności do urzędu stanu cywilnego, służb statystyki publicznej oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w celu realizacji przypisanych im zadań;
- 9) zasady określania przyczyn zgonu, w tym nadawania kodów zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 10) zasady finansowania określonych zadań realizowanych w ramach czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów.

Stwierdzenie zgonu jest dokumentowane przez wystawienie odpowiednich dokumentów przez uprawnione do tego podmioty. W świetle projektowanej ustawy dokumentami takimi będą e-karta zgonu, natomiast w przypadku martwego urodzenia – e-karta urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, a w przypadku braku dostępu do Systemu P1 lub dostępu do danych za pośrednictwem systemu informatycznego uniemożliwiającego ich wystawienie w czasie, nie dłuższym niż 24 godziny, karta zgonu oraz karta urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu sporządzone w postaci papierowej, zwane dalej „kartą zgonu albo kartą urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.”.

Projektowane przepisy określają, kiedy należy wystawić kartę zgonu, wskazując, że następuje to wówczas, gdy jest możliwe wydanie zwłok podmiotowi uprawnionemu do organizacji pochówku, a zatem kiedy zakończono już wszelkie procedury medyczne i dochodzeniowe wymagające zwłok lub szczątków, oraz brak jest innych przeszkód prawnych (np. wynikających z prowadzonego postępowania karnego).

Wprowadzenie formy elektronicznej powyższych dokumentów pozwoli także zwiększyć jakość uzyskiwanych informacji o przyczynach zgonów przez wykorzystanie nowoczesnych narzędzi wspomagających osobę wystawiającą kartę zgonu (słowniki przyczyn zgonu), a także skrócenie czasu, w jakim następuje poprawne nadawanie kodów zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych przyczyn zgonów przez osobę spełniającą warunki określone w projektowanych przepisach, w ramach Głównego Urzędu Statystycznego, zwaną „koderem”.

Istotną zaletą elektronicznych kart, przy wystawianiu których lekarz będzie mógł korzystać z już dostępnych w systemie danych, jest skrócenie czasu potrzebnego na wykonanie przez lekarza tych czynności, a co za tym idzie, większa jego dostępność dla pacjentów.

Z uwagi na doniosłość prawną wystawienia karty zgonu i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu – muszą mieć one postać dokumentu, którego treść nie może być zmieniana. Stąd też, na wypadek błędu dotyczącego:

- 1) wystawienia karty zgonu dla niewłaściwej osoby;
- 2) zamieszczenia w karcie urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu danych kobiety, która nie urodziła dziecka, dla którego karta została wystawiona;
- 3) wystawienia karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu zamiast karty urodzenia;

4) zamieszczenia w karcie urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu płci dziecka, zamiast wskazania, że „ustalenie płci nie jest możliwe”

– wystawca karty zgonu albo karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu przekazuje, za pośrednictwem Systemu P1, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnianym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, sporządzony na piśmie utrwalonym w postaci elektronicznej, dokument anulowania karty zgonu albo karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.

Z kolei w przypadku stwierdzenia omyłkowego zamieszczenia w wystawionym dokumencie innych danych, które są istotne z punktu widzenia rejestracji stanu cywilnego lub dokonania co do nich nowych ustaleń – konieczne jest przekazanie tą samą drogą i w tej samej formie dokumentu korekty. W przypadku, jeżeli nie doszło jeszcze do sporządzenia aktu zgonu lub aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, pozwoli to na uniknięcie skutków prawnych, bądź też jeżeli został on już sporządzony, na zastosowanie odpowiedniej procedury wynikającej z ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 594, z późn. zm.) w zakresie sprostowania aktu.

W odniesieniu do karty zgonu i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu sporządzonej w postaci papierowej nie przewiduje się możliwości dokonywania ich korekty. W przypadku stwierdzenia w ww. kartach błędu, co do danych objętych tymi kartami lub dokonania nowych ustaleń, co do tych danych, wystawca danego dokumentu dokonuje jego zniszczenia w sposób uniemożliwiający odtworzenie danych i informacji w nim zawartych oraz sporządza nową kartę zgonu albo kartę urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.

Zakres danych w karcie zgonu i karcie urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu w stosunku do dotychczasowego został dostosowany do niezbędnych potrzeb administracji państwowej, w szczególności ochrony zdrowia, urzędów stanu cywilnego, inspekcji sanitarnej oraz statystyki publicznej.

Z uwagi na elektroniczną kartę zgonu, co do zasady, nie będzie wydawana podmiotowi uprawnionemu do organizacji pochówku. Wystawca karty zgonu będzie zobowiązany do przekazania numeru karty zgonu oraz wydania zaświadczenia o zgonie przeznaczonego dla celów pochówku w postaci papierowej. Natomiast podmiot wystawiający e-kartę urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu przekazuje unikalny numer identyfikujący tę kartę,

podmiotowi uprawnionemu do pochówku, a także podmiotowi uprawnionemu do zgłoszenia urodzenia. Na wniosek podmiotu uprawnionego do pochówku wydaje się również w jednym egzemplarzu zaświadczenie o martwym urodzeniu przeznaczone dla celów pochówku.

Bezpośrednie przekazywanie danych z ww. kart do urzędów stanu cywilnego pozwoli na skrócenie czasu rejestracji zgonu, a co za tym idzie odnotowanie w systemach państwowych faktu zgonu konkretnej osoby, co również zmniejszy ryzyko nieuprawnionego posługiwania się danymi osób zmarłych.

Projekt wskazuje również na okoliczności, gdy e-karta zgonu nie będzie zawierała numeru PESEL. Wówczas wystawca e-karty zgonu powinien poinformować podmiot uprawniony do organizacji pochówku o konieczności dokonania zgłoszenia zgonu w urzędzie stanu cywilnego właściwym ze względu na miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok.

Osoba stwierdzająca zgon albo martwe urodzenie, będzie zobowiązana do zawiadomienia odpowiednich służb w przypadkach podejrzenia, że zgon:

- 1) mogła spowodować albo do niego się przyczynić inna osoba lub zgon był wynikiem nieszczęśliwego wypadku albo samobójstwa;
- 2) nastąpił w przebiegu choroby zakaźnej stanowiącej szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego, w tym choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej albo istnieje takie podejrzenie.

W projekcie uwzględniono również okoliczności braku możliwości jednoznacznej identyfikacji tożsamości osoby, której ciało jest poddawane oględzinom. Wówczas osoba stwierdzająca zgon będzie zobowiązana do powiadomienia najbliższej jednostki Policji, a w przypadku terenu jednostek wojskowych – Żandarmerię Wojskową.

Natomiast jeżeli osoba stwierdzająca zgon albo martwe urodzenie stwierdzi, że istnieją uzasadnione wątpliwości w kwestii przyczyny zgonu lub rozbieżności w ocenie czasu i okoliczności zgonu, odstępuje od wystawienia karty zgonu i zaświadczenia o zgonie przeznaczonego dla celów pochówku oraz wnioskuje o przeprowadzenie badań pośmiertnych. W tej sytuacji zwłoki będą przewożone do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej, a w razie jego braku na obszarze województwa – do najbliższego szpitala mającego prosektorium, wskazanego przez osobę wnioskującą. Zorganizowanie oraz finansowanie transportu zwłok, należy do zadań własnych powiatu. Przewozu zwłok oraz ich przyjęcia do odpowiedniego podmiotu dokonuje się na podstawie zlecenia przewozu zwłok wystawionego przez osobę stwierdzającą zgon. Wobec zwłok przewiezionych do zakładu medycyny sądowej albo

prosektorium szpitala będą stosowane procedury postępowania takie same jak wobec zwłok pacjenta, którego zgon nastąpił w szpitalu. Koszty związane z przeprowadzeniem tych procedur będą pokrywane ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda. Sposób finansowania oraz tryb przekazywania środków z tytułu przeprowadzenia tych procedur określa umowa zawarta pomiędzy wojewodą a odpowiednim podmiotem.

Powyższa procedura ma również zastosowanie przypadku zgonu pacjenta w środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego albo lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, z tym że podmiot właściwy do przyjęcia zwłok wskazuje dyspozytor medyczny lub wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego.

Osoba stwierdzająca zgon będzie zobowiązana do udzielania w zakresie wykonywanych przez siebie czynności i podejmowanych decyzji informacji opiekunowi faktycznemu lub osobie bliskiej osoby zmarłej.

Projektowane przepisy wprowadzają możliwość przeprowadzenia badania pośmiertnego na zlecenie opiekuna faktycznego lub osoby bliskiej albo innego upoważnionego podmiotu na podstawie umowy zawartej z podmiotem przeprowadzającym badanie. Wówczas koszty transportu zwłok oraz przeprowadzenia badań pośmiertnych będzie ponosił podmiot zlecający.

Aby odciążyć lekarzy z konieczności realizacji obowiązków o charakterze biurokratycznym projektowane przepisy uwzględniają możliwość udzielenia upoważnienia przez lekarza zobowiązanego do wystawiania e-karty zgonu oraz zaświadczenia o zgonie przeznaczonego dla celów pochówku na podstawie protokołu zgonu lub danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczących stwierdzenia zgonu, w jego imieniu, osobie wykonującej zawód medyczny lub czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Odnosnie kodowania przyczyn zgonu, zachowana zostaje obecna praktyka tj. funkcjonowanie koderów, spełniających określone w projekcie ustawy wymagania. Kodowanie zgonów, będzie dokonywana na podstawie danych z karty zgonu i karty urodzenia z adnotacją martwego urodzenia, a także udostępnionych w systemie P1 danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych osób zmarłych, dokumentacji medycznej osób zmarłych oraz, przedstawianych na żądanie koderów, wyjaśnień odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny oraz przebiegu ostatniej choroby – od osób wystawiających kartę zgonu albo kartę urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.

Oprócz tego z systemu P1 część danych będzie przekazywana do Głównego Inspektora Sanitarnego, co pozwoli na rezygnację z występującego dziś obowiązku wypełniania przez lekarza wystawiającego kartę zgonu papierowego druku zgłoszenia przypadku zgonu z przyczyn chorób zakaźnych (ZLK-5). Efektem tego będzie lepsze wykorzystanie danych znajdujących się w państwowych bazach danych oraz szybszy obieg informacji, pozwalający na bardziej sprawne reagowanie w sytuacjach kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi.

3. Nabywanie i utrata prawa do wykonywania czynności koronera

Projekt ustawy obejmuje również regulacje dotyczące nabywania i utraty prawa do wykonywania czynności koronera – z uwzględnieniem konieczności posiadania przez niego odpowiedniej wiedzy i umiejętności.

Stąd też koronerem może być lekarz, który spełnia następujące warunki:

- 1) ma prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) nie był skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) posiada:
 - a) specjalizację w dziedzinie medycyny sądowej, patomorfologii, anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo
 - b) co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie lekarza oraz odbył szkolenie w zakładzie medycyny sądowej uczelni medycznej; do 3-letniego stażu pracy w zawodzie nie wlicza się czasu odbywania stażu podyplomowego.

Koronerem może być również lekarz będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny sądowej, patomorfologii anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej, po ukończeniu 2 roku szkolenia specjalizacyjnego i uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji.

Nabór na koronerów oraz ich wykaz prowadzi wojewoda zgodnie z określonymi w projekcie zasadami. Lekarz spełniający określone dla koronera wymagania będzie mógł wykonywać czynności koronera na podstawie umowy zawartej przez wojewodę:

- 1) z tym lekarzem;
- 2) z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, w którym lekarz ten wykonuje zawód lekarza;

3) z uczelnią medyczną posiadającą w swojej strukturze organizacyjnej zakład medycyny sądowej, w którym lekarz ten jest zatrudniony.

Zawarcie umowy będą poprzedzały negocjacje z podmiotami, które zgłoszą zainteresowanie jej zawarciem. W tym przypadku nie będą miały zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, z późn. zm.). Powyższe znajduje uzasadnienie w związku z określeniem w projekcie ustawy zarówno wymagań dla osoby pełniącej funkcję koronera, szczegółowego zakresu jej zadań (także jakości), jak i wysokości przysługującego wynagrodzenia. Sformalizowane tryby i procedury zamówień publicznych, które służą wybraniu najkorzystniejszej oferty są nieadekwatne i nie przystają do konstrukcji prawnej umowy z koronerem. Co więcej zastosowanie procedur Prawa zamówień publicznych rodziłoby ryzyko niewyłonienia podmiotów realizujących zadania koronera, co z kolei stanowi potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego i porządku publicznego (brak podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonów w określonych przypadkach). Należy zauważyć, że tego typu wyłączenia są już stosowane w krajowym ustawodawstwie (m.in. w: art. 18 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 259), art. 68 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 350, z późn. zm.), art. 112 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 223, z późn. zm.), art. 24 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 310), art. 14 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.), art. 41 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907)) i uznane za dopuszczalne przez Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych (motywy: 41, 114). Stwierdzanie zgonów nie ma bowiem transgranicznego charakteru i jest ściśle powiązane z krajowymi wymogami, stawianymi przed osobami wykonującymi zawód lekarza. Należy ponadto zauważyć, że projektowane przepisy są jednocześnie zgodne z wymaganą przez wskazaną Dyrektywę, zasadą przejrzystości. Po pierwsze bowiem zasady realizacji zadań koronerów i wymagania wobec nich są określone w przepisach ustawowych, a po drugie postępowania prowadzące do zawarcia umowy jest poprzedzone: ogłoszeniem w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej województwa, a również jeżeli jest to możliwe w inny sposób zwyczajowo przyjęty na obszarze województwa. Komunikat zawiera co

najmniej sposób oraz termin zgłaszania się podmiotów zainteresowanych zawarciem umowy o wykonywanie czynności koronera oraz sposób potwierdzenia przez lekarzy spełniania określonych wymagań oraz ich gotowości do wykonywania czynności koronera. Zawarcie umowy mają poprzedzać negocjacje z podmiotami, które zgłosiły zainteresowanie jej zawarciem. To wszystko, zdaniem projektodawcy, gwarantuje zgodność przedmiotowych przepisów z prawem Unii Europejskiej.

Wojewoda, przed zawarciem umowy będzie zobowiązany do zasięgnięcia opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny sądowej.

Umowa o wykonywanie czynności koronera będzie uwzględniać w szczególności:

- 1) obszar wezwania koronera;
- 2) sposób ponoszenia kosztów dojazdu do miejsca wezwania koronera;
- 3) wskazanie miejsca przechowywania sporządzanych przez koronera protokołów zgonu;
- 4) sposób pełnienia zastępstw, w przypadku przerwy w wykonywaniu przez danego lekarza czynności koronera, oraz może uwzględniać posiadanie przez koronera narzędzi do elektronicznego dokumentowania i rejestrowania zgonu.

W wykazie koronerów wojewoda będzie zamieszczać dane koronera, w tym imię lub imiona i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, adres poczty elektronicznej i numer telefonu, oznaczenie podmiotu leczniczego albo uczelni medycznej, obejmujące: nazwę, adres siedziby, oraz adres poczty elektronicznej i numer telefonu, określenie obszaru wezwania koronera, termin rozpoczęcia wykonywania czynności koronera, informacje o zastępstwie, w przypadku przerwy w wykonywaniu czynności koronera, termin zakończenia wykonywania czynności koronera oraz informację o rozwiązaniu umowy o wykonywanie czynności koronera.

Podmiot wzywający koronera poza informacją o wezwaniu powinien przekazać również inne istotne informacje, np. o ewentualnych czynnościach podjętych przez osoby zobowiązane do stwierdzenia zgonu oraz ustalenia przyczyny wezwania koronera. Obszerność i forma tych informacji uzasadnia posiadanie i udostępnienie podmiotom uprawnionym do wezwania koronera informacji zarówno o numerze telefonu, jak i adresie poczty elektronicznej, będących w dyspozycji koronera. Informacje te nie muszą odnosić się do adresu prywatnej poczty, czy prywatnego numeru telefonu danego lekarza, co pozostaje do jego decyzji. Jednocześnie z uwagi na to, że nie przewiduje się, aby wykaz liczył wiele pozycji, brak jest uzasadnienia dla tworzenia dlań odrębnego systemu teleinformatycznego. Stąd też do prowadzenia wykazu nie powinny mieć zastosowania przepisy ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji

działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557, z późn. zm.).

Wojewoda będzie udostępniał ten wykaz w Biuletynie Informacji Publicznej – tak, aby w łatwy sposób mogły z niego skorzystać wszystkie osoby i podmioty uprawnione do wezwania koronera. Ponadto wojewoda będzie informował jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia o zawarciu umowy o wykonywanie czynności koronera oraz przekazywał dane objęte ww. wykazem.

Finansowanie czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów

W powyższym zakresie projektowane regulacje obejmują zasady finansowania czynności związanych ze stwierdzaniem zgonu, w tym wystawiania e-karty zgonu albo karty zgonu w postaci papierowej, przez lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto w przepisach określono zasady finansowania koronera, a także innego lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sądowej pozostającego w gotowości do konsultacji z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, które to koszty, w zakresie określonym w projektowanych przepisach, będą finansowane z budżetu państwa, z części której dysponentem będzie właściwy wojewoda.

Finansowanie ze środków w ramach umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczy wykonywania czynności stwierdzania zgonu i wystawienia karty zgonu przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy sprawujących opiekę medyczną w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, lekarzy udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zauważa się, że działalność lecznicza jest wykonywana w różnych formach, tj. przez podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ale również przez lekarzy wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową (indywidualną albo grupową), w tym w ramach zawieranych umów cywilnoprawnych (kontraktów) z podmiotem leczniczym. Wypłacenie wynagrodzenia pozostaje zatem w gestii podmiotu, z którym lekarz ma zawartą umowę o sprawowanie opieki medycznej lub udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym w ramach umów cywilnoprawnych. Należy także zauważyć, że przepisy projektu ustawy nie odnoszą się do osób stwierdzających zgon w ramach czynności zespołu ratownictwa medycznego, bowiem zasady

organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu Ratownictwa Medycznego określa ustawa o z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.), zgodnie z którą zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, natomiast działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. W projektowanej ustawie zawarto więc obowiązek wynagradzania za stwierdzenie zgonu w tych przypadkach, kiedy jest to dodatkowa czynność, realizowana najczęściej poza placówką, w której udzielane są świadczenia zdrowotne i niejako poza standardowymi świadczeniami.

II. Zmiany w obowiązujących przepisach

1. Zmiany w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (art.2)

Wprowadzane w tej ustawie zmiany mają na celu dostosowanie jej regulacji do z przepisów wprowadzanych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie spraw objętych projektowaną nowelizacją, w tym zróżnicowanych terminów ich wejścia w życie. Wprowadzane zmiany odnoszą się zatem do zmian w dokumentach potwierdzających zgon albo martwe urodzenie, zasad przekazywania zwłok dla celów naukowych lub dydaktycznych oraz uchylecia regulacji stanowiących o funkcjonowaniu karty zgonu oraz karty martwego urodzenia oraz przekazywania danych objętych tymi kartami dla potrzeb urzędów stanu cywilnego oraz służb statystyki publicznej.

2. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 3)

Wprowadzana zmiana ma na celu dodanie do katalogu czynności uważanych za wykonywanie zawodu lekarza, określonych w art. 2 ust. 3 nowelizowanej ustawy, czynności określonych dla koronera. Obecnie za takie czynności uznaje się:

- 1) prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, lub promocji zdrowia;
- 2) nauczanie zawodu lekarza;
- 3) kierowanie podmiotem leczniczym;
- 4) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, urzędach te podmioty obsługujących lub urzędach i

instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

5) zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

3. Zmiany w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (art. 4)

Proponowane zmiany z uwagi na istniejące już włączenie kierowników zespołów ratownictwa medycznego do podmiotów stwierdzających w określonych przypadkach zgon lub zobowiązanych do wezwania koronera, stanowią doprecyzowanie obecnych regulacji w odniesieniu do realizowanych czynności. Proponuje się rozszerzenie zakresu tajemnicy zawodowej członków zespołów ratownictwa medycznego o kierowców i pilotów zawodowych – co ma zapobiec możliwości ujawniania często wrażliwych informacji o pacjencie lub osobie zmarłej osobom postronnym.

Oprócz tego proponuje się jednoznaczne wskazanie sposobu postępowania z matką i dzieckiem w przypadku porodu poza szpitalem. Zespół ratownictwa medycznego powinien transportować matkę z dzieckiem (lub zwłokami dziecka) do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, w przypadku problemów związanych z martwym urodzeniem wezwać koronera.

4. Zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 5)

Projektowana zmiana obejmuje dostosowanie nazw dokumentów odnoszących się do urodzenia, zgonów i martwego urodzenia do wprowadzanych nowymi regulacjami.

Ponadto wprowadzane zmiany mają na celu wdrożenie rozwiązań umożliwiających zróżnicowanie zakresu chorób, podejrzeń chorób wysoko zakaźnych oraz wyników określonych testów diagnostycznych zgłaszanych do właściwego państwowego inspektora sanitarnego, co pozostaje w związku z informacjami jakie są obowiązane przekazać osoby stwierdzające zgon w celu odpowiedniego postępowania ze zwłokami (art. 27 i art 28).

Ponadto proponuje się wprowadzenie obligatoryjności anonimizacji danych osób zakażonych HIV/AIDS przekazywanych do nadzoru epidemiologicznego oraz dodanie upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego ds. zdrowia do określenia w formie rozporządzenia

wykazu chorób przenoszonych drogą płciową, których zgłaszanie do organów nadzoru epidemiologicznego będzie odbywać się anonimowo.

Uzasadnieniem dla powyższego rozwiązania jest fakt, że zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych to na lekarzu spoczywa obowiązek poinformowania zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Równocześnie realizacja tego obowiązku przez osobę zakażoną objęta jest sankcją zawartą w art. 52 pkt 2 tejże ustawy. Natomiast pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie posiadają uprawnień do prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych, które obejmowałyby ustalanie, a następnie informowanie partnerów seksualnych osób zakażonych o fakcie wystąpienia u nich narażenia na zakażenie przenoszone drogą płciową. W związku z powyższym Państwowa Inspekcja Sanitarna nie ustala partnerów seksualnych osób zakażonych, ponieważ z jednej strony – nadmiernie ingerowałoby to w prawo do prywatności, z drugiej strony szansa uzyskania odpowiedzi zgodnych z prawdą (podanie organowi administracji danych osobowych swoich partnerów seksualnych) byłaby w takich sytuacjach minimalna.

W związku z powyższym brak jest uzasadnienia dla przekazywania danych osobowych osób chorych na choroby przenoszone drogą płciową do organów nadzoru epidemiologicznego. Należy przy tym wyrazić opinię, że anonimizacja zgłoszeń może przyczynić się do zwiększenia kompletności i jakości nadzoru przez lepszą wykrywalność i zgłaszalność przypadków zakażeń. Zgodnie z informacją Krajowego Centrum ds. AIDS – około 30% osób, które zrobiłyby test w kierunku kiły, gdy się dowiaduje, że będzie to imiennie zgłoszone do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rezygnuje z badania.

Wprowadzenie obligatoryjnej anonimizacji danych w zakresie wybranych chorób, w stosunku do których nie są prowadzone dochodzenia epidemiologiczne przez organy zdrowia publicznego, wypełnia więc wymogi wynikające z zasady minimalizacji danych osobowych wyrażonej w art. 5 ust. 1 lit. c RODO. Równocześnie przyjęty sposób anonimizacji ogranicza prawdopodobieństwo wielokrotnego wykazywania tych samych przypadków w statystyce chorób zakaźnych, co zaburzało by ogólną ocenę sytuacji epidemiologicznej.

Pozostałe zmiany mają charakter redakcyjny i wynikają z wadliwych odesłań do przepisów.

5. Zmiany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 6)

Powodem wprowadzenia zmiany jest przyjęte w nowelizacji założenie, że karta zgonu i karta urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, będą stanowiły elektroniczną dokumentację medyczną, w rozumieniu art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia i do tych dokumentów w zakresie nieuregulowanym w projektowanej ustawie, będą miały zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powyższe postanowienia będą miały również zastosowanie do karty urodzenia. Wskazać należy, że projektowane regulacje odnoszące się do karty zgonu, karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, jak i karty urodzenia, w odniesieniu do zakresu jak i sposobu przekazywania ww. dokumentacji medycznej zawierają bardzo szczegółowe postanowienia i jednoznacznie wskazują podmioty uprawnione do jej pozyskiwania. Natomiast zasady udostępniania dokumentacji medycznej znajdują uregulowanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co uzasadnia odpowiednie odwołanie do stosowania do tych dokumentów określonego zakresu przepisów tej ustawy.

Mając na uwadze wprowadzane zmiany istotne są regulacje zawarte w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W świetle tych regulacji podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obecnie może udostępniać dokumentację medyczną wskazanym podmiotom i organom odpowiednio w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, wykonywania przez te podmioty ich zadań, w tym określonych we wskazanych ustawach, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli czy sprawowania nadzoru, czy w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem.

Wskazany powyżej przepis uwzględnia również udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, ale jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek. Brak jest zatem wskazania podmiotów oraz okoliczności, które uwzględniałyby udostępnianie dokumentacji medycznej wytworzonej na podstawie projektowanych przepisów i wskazanym w nich organom i instytucjom, zgodnie z określonym zakresem zadań.

Uwzględniając powyższe, zmiana w art. 26 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta polega na uzupełnieniu tego przepisu w zakresie koniecznym do skorelowania jego postanowień z rozwiązaniami przyjętymi w nowelizacji. Ponadto w związku z obowiązkami koderów, o których mowa w przepisach ustawy zmienianej

w art. 1 projektu, również im powinien przysługiwać dostęp do dokumentacji medycznej osób zmarłych. Zmiana ta znajduje odzwierciedlenie w dodawanym pkt 13 ww. przepisu.

6. Zmiany w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (art. 7)

Propozycje zmian zawartych w ustawie stanowią konsekwencje rozwiązań przyjętych w ramach projektowanej nowelizacji i obejmują:

1) uznanie karty zgonu, karty urodzenia oraz karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu za dokumentację medyczną; w konsekwencji o wskazane wyżej dokumenty została uzupełniona definicja elektronicznej dokumentacji medycznej;

2) wskazanie, że Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, który umożliwia między innymi przekazywanie danych statystycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego oraz w projektowanej ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych;

3) uzupełnienie przepisu określającego, jakie dane są przetwarzane w Rejestrze Asystentów Medycznych, o czynności wskazane w projektowanej ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, a także wskazanie, od jakiego czasu obowiązuje upoważnienie do wystawienia karty zgonu.

7. Zmiany w ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (art. 8)

Konsekwencją wprowadzenia elektronicznej karty urodzenia i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, a także, w zdecydowanie dalej idącym stopniu, elektronicznej karty zgonu – są daleko idące zmiany w ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego.

Kluczową zmianą względem obecnie obowiązujących przepisów jest, co do zasady, zastąpienie papierowej karty zgonu jej elektronicznym odpowiednikiem. Pierwszym i pierwszorzędnym z celów jest zwiększenie szybkości obiegu informacji o zgonach, ze względu na brak konieczności czekania na zarejestrowanie zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego. Dane z karty zgonu i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu będą gromadzone i przetwarzane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia („system P1”) – w czasie rzeczywistym.

Bezpośrednie przekazywanie danych z kart zgonu do Urzędów Stanu Cywilnego pozwoli również na skrócenie czasu rejestracji zgonu, a co za tym idzie odnotowanie faktu zgonu konkretnej osoby w systemach państwowych. Zmniejszy to ryzyko nieuprawnionego posługiwania się danymi osób zmarłych, a także ograniczy zjawisko wypłacania świadczeń osobom zmarłym.

Elektronizacja karty zgonu to również odciążenie obywateli z konieczności dokonywania czynności zgłoszenia zgonu. W przypadku, jeżeli karta zgonu nie zawiera numeru PESEL, podmiot uprawniony lub zobowiązany do organizacji pochówku powinien dokonać zgłoszenia zgonu w urzędzie stanu cywilnego właściwym ze względu na miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok. Jest to więc zabezpieczenie potrzeb Państwa w zakresie pozyskania odpowiednich danych o osobie zmarłej.

Z uwagi na rezygnację co do zasady ze zgłoszenia zgonu – konieczna stała się również modyfikacja przepisów dotyczących wydawania odpisów skróconych aktów stanu cywilnego. Aby zachować uprawnienie obywateli do uzyskania jednego odpisu za darmo (dotychczas wydawanego osobie zgłaszającej zgon), określono, że pierwszy odpis z danego aktu stanu cywilnego będzie wydawany osobom fizycznym nieodpłatnie.

Pewne zmiany mają również dotyczyć zakresu zgłoszenia urodzenia – tak, by to w tym momencie pozyskiwać dane dotyczące obojga rodziców, a nie przy wystawieniu karty urodzenia, kiedy jeszcze zgodnie z prawem ojcostwo dziecka nie jest rejestrowane. Dane dotyczące wykształcenia i stanu cywilnego rodziców, pozyskiwanych w tym momencie, będzie przetwarzana przez kierownika urzędu stanu cywilnego do Głównego Urzędu Statystycznego na potrzeby statystyki publicznej. Dane te są zbierane już obecnie, a zmianie ulega jedynie dokument, w którym dane będą gromadzone. W zgłoszeniu urodzenia zbierane są również dane kontaktowe do osób dokonujących zgłoszenia. W przypadku, gdy rodzice dziecka dokonują zgłoszenia urodzenia dziecka w urzędzie to na miejscu i od ręki można wyjaśnić wszystkie wątpliwości, jakie mogą się zrodzić w toku ustalania pochodzenia dziecka czy do prawidłowości danych. W sytuacji, gdy rodzice dziecka zdecydują się skorzystać z elektronicznej usługi zgłoszenia urodzenia dziecka, mogą popełnić błędy albo w sposób nieścisły przekazać informację, co sprawia, że kierownik urzędu stanu cywilnego musi niezwłocznie nawiązać z rodzicami kontakt w celu wyjaśnienia wątpliwości i sporządzenia aktu urodzenia. Błędy w akcie urodzenia mogą skutkować np. odmową świadczeń przysługujących

rodzicom. Jednocześnie należy podkreślić, że osoba korzystająca z usługi posiada co najmniej numer telefonu, gdyż jest on wymagany do uwierzytelniania się w profilu zaufanym.

Istotną zmianę stanowi również skrócenie terminów dotyczących rejestracji zgonów. Kierownik urzędu stanu cywilnego będzie zobowiązany do dokonania tej czynności niezwłocznie po wpłynięciu do urzędu stanu cywilnego karty zgonu, o ile karta zgonu zawiera numer PESEL i nie jest kartą zgonu osoby NN. Dotychczas rejestracja zgonu następowała po zgłoszeniu zgonu, które powinno było mieć miejsce w ciągu 3 dni od stwierdzenia zgonu. W efekcie fakt zgonu danej osoby będzie szybciej odnotowywany w rejestrach państwowych, co zwiększy ich referencyjność i zmniejszy np. ryzyko posłużenia się tożsamością zmarłego przez nieuprawnione osoby. Jednocześnie pozwoli to na szybsze podjęcie odpowiednich działań np. przez organy emerytalno-rentowe w celu zaprzestania wypłacania świadczeń – co potencjalnie będzie rodzić oszczędności po stronie sektora finansów publicznych (obecnie występuje zjawisko nadpłat świadczeń, które nie są odzyskiwane).

Oprócz tego zaproponowano uproszczenie procedury dokonywania sprostowania aktu stanu cywilnego, jeżeli po wystawieniu karty zgonu bądź karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, okazało się, że została ona sporządzona błędnie i dokonano korekty (w formie dokumentu korekty). W takich przypadkach, mogących być np. skutkiem omyłki lekarza, wykrytej ad hoc przez niego samego, obecną, długotrwałą procedurę sądową miałyby zastąpić sprostowanie z urzędu, dokonywane w formie czynności materialno-technicznej. Jednocześnie, jeżeli z błędnie sporządzonego aktu wydano by już wcześniej odpis, kierownik urzędu stanu cywilnego powinien zawiadomić o tym podmiot, który uzyskał odpis. Natomiast w sytuacji, kiedy dokument korekty został wystawiony po upływie 30 dni od wystawienia karty, konieczne byłoby skorzystanie, tak jak dotychczas ze ścieżki postępowania sądowego. Analogiczne rozwiązania przewidziano dla unieważnienia aktu, np. w sytuacji, kiedy wystawiono kartę zgonu dla osoby żyjącej.

W zmianie tej ustawy odpowiednio do projektowanej nowelizacji dostosowano również obecnie objęte nią regulacje związane z procedurą postępowania w przypadku znalezienia zwłok w stanie lub w okolicznościach uniemożliwiających ich identyfikację. Doprecyzowano przy tym, że w tego typu sytuacjach po wystawieniu karty zgonu, prokurator, Policja, Żandarmeria Wojskowa lub straż gminna (miejska) powinni zawiadomić o znalezieniu zwłok osoby o nieustalonej tożsamości gminę właściwą ze względu na miejsce znalezienia zwłok. W przypadku zgonu osoby o nieustalonej tożsamości przebywającej w podmiocie leczniczym albo

w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, po wystawieniu karty zgonu, za przekazanie zawiadomienia odpowiedzialny byłby kierownik podmiotu lub jednostki. Jednocześnie wskazano, iż to gmina jest zobowiązana do przekazania zawiadomienia Policji, Żandarmerii Wojskowej, straży gminnej (miejskiej) albo prokuratora o znalezieniu zwłok do właściwego urzędu stanu cywilnego. Przepisy te zostały zmodyfikowane w dodawanym art. 94a zmienianej ustawy.

W ramach zmian przewidziano ponadto sposób postępowania w przypadku sporządzenia dokumentu korekty karty zgonu, karty urodzenia i karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, a także dokumentu anulowania tych kart – biorąc pod uwagę, że tylko błędy dotyczące danych istotnych z punktu widzenia rejestracji stanu cywilnego powinny wpływać na konieczność podejmowania działań przez kierownika urzędu stanu cywilnego.

Projektowane zmiany uwzględniają również procedury postępowania w przypadku zaistnienia okoliczności, efektem których będzie konieczne wystawienie karty zgonu oraz karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu w postaci papierowej. ,

Odnosi się to sytuacji, gdy wystąpi brak dostępu do Systemu P1 lub dostępu do danych objętych e-kartą zgonu oraz e-kartą urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu za pośrednictwem systemu informatycznego i uniemożliwi wystawienie tych kart w czasie do 24 godzin. Wówczas karty te będą sporządzane w postaci papierowej w zakresie danych przeznaczonych dla urzędu stanu cywilnego w celu sporządzenia odpowiedniego aktu stanu cywilnego. Podmiot, który sporządził odpowiednią kartę w postaci papierowej, po dokonaniu przez urząd stanu cywilnego jej digitalizacji zamieści w niej dane dla potrzeb statystyki publicznej. Dokument powstały w wyniku powyższych czynności będzie stanowił w systemie P1 odpowiednio e-kartę zgonu albo e-kartę urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu.

III. Przepisy przejściowe

W ramach tych przepisów stanowi się o zachowaniu mocy karty urodzenia, karty martwego urodzenia oraz karty zgonu, sporządzonej przed dniem wejścia w życie projektowanej ustawy oraz stosowanie dotychczasowych przepisów w sprawach wszczętych i niezakończonych przed dniem jej wejścia w życie.

W przepisach tych są zawarte również regulacje, które zobowiązują:

- 1) kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą do dostosowania regulaminów organizacyjnych do zmian wynikających z projektowanej ustawy tj. w zakresie wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjenta;
- 2) wojewodów do niezwłocznego od dnia ogłoszenia ustawy podjęcia działań poprzedzających zawarcie umowy, o wykonywanie czynności koronera tj. ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej i na stronie internetowej województwa oraz, jeżeli jest to możliwe, w inny sposób zwyczajowo przyjęty na obszarze województwa, komunikat o zamiarze zawarcia takiej umowy, oraz umowy, dotyczącej konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej oraz przeprowadzania badań pośmiertnych w zakładzie medycyny sądowej albo w prosektorium szpitala w przypadku zwłok osób zmarłych poza tym szpitalem, a także w takim przypadku wykonania czynności należytego przygotowania zwłok i ich przechowywania - z uwzględnieniem terminu obowiązywania tych umów od dnia wejścia w życie ustawy;
- 3) wojewodów do przekazania jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, informacji zawartych w wykazie koronerów, nie później niż do dnia 30 września 2026 r.

Ponadto dopuszcza się, aby do dnia 31 stycznia 2028 r. koronerem mógł być lekarz, który nie spełnia projektowanych wymagań oraz aby można było powierzyć wykonywanie obowiązku kodowania przyczyny zgonu osobie, która nie spełnia określanych warunków, jeżeli obowiązek taki wykonuje w dniu wejścia w życie projektowanych w tym zakresie przepisów.

Natomiast w odniesieniu do spraw przekazanych zwłok uczelni przed dniem wejścia w życie projektowanych przepisów miałyby zastosowanie dotychczasowe przepisy, z uwzględnieniem zmian w wprowadzanych projektowaną nowelizacją. W sprawach wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, czyli wniosków uczelni o wydanie decyzji przez starostę w sprawie przekazania zwłok do celów naukowych oraz oświadczeń zmarłych osób, które oświadczyły, że przekazują swoje zwłoki uczelni i przekazywanie nie zostało zakończone, również będą stosowane przepisy dotychczasowe. Oznacza to, że przepisy projektowanej ustawy będą stosowane do zwłok przekazywanych od dnia jej wejścia w życie. W sprawach sporządzonych oświadczeń osób, które pragną przekazać swoje zwłoki uczelni, o których mowa w art. 10 ust. 6 obowiązującej ustawy, również będą stosowane przepisy dotychczasowe, co oznacza, że projektowana ustawa nie wymaga, aby zmieniać formę ich sporządzenia. Pozostaje to w gestii donatora.

Wskazać należy, że maksymalny limit wydatków z budżetu państwa dla części budżetowej 46 – zdrowie, będących skutkiem finansowym wejścia w życie projektowanej ustawy w poszczególnych latach oraz maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym realizacji przez wojewodów zadań wynikających z projektowanej ustawy, w poszczególnych latach, został określony na podstawie szczegółowego wyliczenia przedstawionego w dokumencie Ocena Skutków Regulacji.

Planowane jest, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lutego 2027 r.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw. Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowane rozwiązania nie stwarzają zagrożeń korupcyjnych.