

| | |
|--|---|
| <p>Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Kęcka Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Anna Baumann-Popczyk, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego, e-mail: dep-zp@mz.gov.pl</p> | <p>Data sporządzenia 03.06.2026 r.</p> <p>Źródło: Inicjatywa własna</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych RM: UD 234</p> |
|--|---|

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zasadniczym celem proponowanej ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw jest wprowadzenie do ustawy o działalności leczniczej kompleksowych regulacji w zakresie zadań realizowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, związanych z procedurą stwierdzania zgonu i jego dokumentowania.

Obecnie powyższe zagadnienia znajdują uregulowanie w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) wyłącznie w odniesieniu do pacjentów, których zgon nastąpił w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych. Natomiast w odniesieniu do osób zmarłych w innych miejscach zastosowanie mają archaiczne przepisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576 oraz z 2025 r. poz. 637) oraz akty wykonawcze wydane zgodnie z upoważnieniami w niej zawartymi, które powstały w zupełnie innej rzeczywistości prawnej, organizacyjnej i są obecnie nieadekwatne do stanu stosunków społecznych oraz prawnych.

Regulacje w odniesieniu do stwierdzania i dokumentowania zgonów znajdujące się w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych są bardzo ogólne, a ponadto w większości uległy zdezaktualizowaniu. Stanowią one, że zgon i jego przyczyna są ustalane przez lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie albo kierownika zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej. Natomiast w braku możliwości stwierdzenia zgonu przez ww. osoby stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę. Odnośnie dokumentowania zgonu funkcjonuje karta zgonu w formie papierowej, która obliguje osobę stwierdzającą zgon do sporządzenia jej w postaci trzech części przeznaczonych: dla urzędu stanu cywilnego, dla administracji cmentarza oraz dla potrzeb statystyki publicznej. Regulacje te nie określają natomiast zasad wykonywania nałożonych obowiązków.

Ponadto w zakresie obecnych regulacji ustawowych brak jest szczegółowych zasad postępowania oraz finansowania postępowania ze zwłokami osób zmarłych w innych miejscach niż w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych, tj. zmarłych w domu, w innym podmiocie leczniczym czy w miejscach publicznych. Aktualne przepisy stanowią jedynie, że zwłoki tych osób przewozi się przed ich pochowaniem, na wniosek właściwego organu, do zakładu medycyny sądowej, a w razie jego braku na obszarze powiatu - do najbliższego szpitala mającego prosektorium, celem ustalenia przyczyny zgonu. Organizowanie tego przewozu należy do zadań powiatu. W tym zakresie przepisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych odsyłają do aktów podustawowych wydawanych na podstawie zawartych w niej upoważnień. Upoważnienia te nie spełniają wymagań wskazanych w Konstytucji RP, zarówno w aspekcie legislacyjnym jak i podziału zakresu regulowanej materii, właściwej dla ustawy oraz aktów wykonawczych.

Obowiązujące przepisy stwarzają liczne problemy wykonawcze, które nie mogą być wyeliminowane w drodze interpretacji, gdyż 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.

Najważniejsze problemy, których rozwiązaniu ma służyć projektowana ustawa, obejmują ustalenie osób zobowiązanych do stwierdzania zgonów poza szpitalem, w tym zasad funkcjonowania urzędowych lekarzy, zasad ustalania przyczyn zgonów, przeprowadzania badań pośmiertnych, dokumentowania i rejestrowania zgonów oraz obiegu dokumentów sporządzanych w szczególności w formie elektronicznej.

Ponadto projekt ustawy uwzględnia odrębności w procedurze stwierdzania zgonu oraz sporządzania dokumentacji zgonu w trakcie realizacji zadań przez Siły Zbrojne RP poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku śmierci żołnierzy albo osób cywilnych pracujących w składzie polskich kontyngentów wojskowych.

Projektowane przepisy umożliwią właściwym podmiotom uzyskanie pełnej i wiarygodnej informacji na temat przyczyn zgonów, w tym również w sposób szybszy niż obecnie i przy optymalnym wykorzystaniu odpowiednich zasobów informacji.

Projekt uwzględnia także kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych ze sporządzaniem karty urodzenia oraz karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, w tym sporządzanie i obieg tych kart w formie elektronicznej, odpowiadające aktualnym potrzebom oraz dostosowanie do aktualnej organizacji systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Obecnie we wskazanym zakresie brak jest odpowiednich regulacji ustawowych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt ustawy rekomenduje rozwiązania w zakresie zidentyfikowanych problemów dotyczących stwierdzania, dokumentowania i rejestracji zgonów, w szczególności określenie odpowiedzialności i zakresu czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów, oraz uzyskiwania pełnej i wiarygodnej informacji na temat przyczyn zgonów.

Za zasadne przyjęto uzupełnienie obowiązujących regulacji, tak aby uwzględniały wskazane zagadnienia w sposób kompleksowy, w odniesieniu do procedur postępowania bez względu na miejsce zgonu. W tym celu projekt ustawy obejmuje:

- 1) zasady stwierdzania zgonu uwzględniając 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 możliwość zapoznania się z dokumentami dotyczącymi stanu zdrowia w okresie poprzedzającym zgon;
- 2) określenie osób zobowiązanych do stwierdzania zgonu w zależności od miejsca zgonu, zaistniałych okoliczności oraz obowiązków osób wykonujących zawody medyczne w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, tj.: lekarz oraz felczer udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, lekarz, pielęgniarka albo położna udzielający ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej w hospicjum w warunkach domowych oraz w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej, kierownik zespołu ratownictwa medycznego (lekarz, ratownik medyczny albo pielęgniarka systemu ratownictwa medycznego), lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz podmiotu niewykonującego działalności leczniczej w ramach umowy zawartej z tym podmiotem, w przypadku gdy zgon nastąpił w tym podmiocie, a także urzędowy lekarz działający na podstawie umowy zawartej z wojewodą;
- 3) regulacje dotyczące funkcjonowania, w tym wynagradzania, urzędowego lekarza obejmujące sposób podejmowania postępowania w miejscu znalezienia zwłok na wezwanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w przypadku:
 - a) zgonu, w innym miejscu niż w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, jeżeli osoby zobowiązane do stwierdzenia zgonu, pomimo wykonania określonych w projekcie ustawy czynności, zgłoszą uzasadnione wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu, oceny czasu lub okoliczności zgonu,
 - b) zgłoszenia dyspozytora państwowego ratownictwa medycznego,
 - c) zgłoszenia potrzeby wezwania urzędowego lekarza przez wskazane w projektowanych przepisach służby i podmioty inne niż podmioty wykonujące działalność leczniczą, co uwzględnia zgonu w innych miejscach i okolicznościach w tym w miejscach publicznych,
- 4) zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w innych miejscach niż w podmiocie udzielającym stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych (szpital, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy) i w środkach transportu sanitarnego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, oraz w przypadku zlecenia przeprowadzenia badań pośmiertnych przewozu zwłok do zakładów medycyny sądowej albo prosektorium wskazanego szpitala, z uwzględnieniem zasad przeprowadzania tych badań i finansowania przewozu zwłok; ;
- 5) zasady postępowania w przypadku martwego urodzenia;
- 6) 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;
- 7) zasady przekazywania 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;
- 8) zasady nadawania przez koderów kodu przyczyny zgonu zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;

Przepisy projektowanej ustawy obejmują również wprowadzenie spójnych systemowo regulacji odnoszących się do karty zgonu, karty urodzenia oraz karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, które to dokumenty mają stanowić elektroniczną dokumentację medyczną.

Efektorem wprowadzonych rozwiązań będzie przede wszystkim istnienie jednoznacznej podstawy prawnej w obszarze zagadnień objętych projektem ustawy oraz wskazanie właściwych procedur postępowania, w tym również w odniesieniu do zgonów w szczególnych okolicznościach, co spowoduje odciążenie lekarzy z obowiązku podejmowania działań innych niż pozostających w ich zakresie.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji w zakresie urodzeń i zgonów przyczyni się również do zmniejszenia ryzyka pozyskania danych medycznych przez osoby nieuprawnione oraz lepszej jakości danych w tym zakresie i ich szybsze opracowanie na potrzeby statystyki publicznej.

Dodatkowo projekt przewiduje odpowiednie zmiany wynikowe w ustawach: z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego i z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Przedmiotem badań porównawczych były rozwiązania obce obowiązujące w zakresie zgonów i ustalania ich przyczyny i rejestrowania, sporządzania karty zgonu, funkcjonowania koronerów, przeprowadzania badań pośmiertnych oraz finansowanie powyższych zadań.

Koronerzy

Anglia i Walia

Kiedy osoba umiera, jej śmierć musi zostać zarejestrowana, nawet jeżeli zmarły jest turystą. Istnieją dwa sposoby rejestracji śmierci. Po pierwsze, jeżeli lekarz był obecny podczas ostatniej choroby osoby, która zmarła, może on wydać zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu w formie akceptowalnej przez „Lokalny Rejestr Zgonów” (Registrar of Death). W innych okolicznościach zgon należy zgłosić koronerowi.

W przypadku, gdy zgon jest zgłoszony do koronera, procedura przewiduje trzy sposoby działania. Po pierwsze, koroner może wydać zgodę na pogrzeb po konsultacji przeprowadzonej z lekarzem, który zajmował się zmarłym - jest to procedura znana jako „Różowy Formularz A” (Pink Form A) i nie wymaga badania pośmiertnego.

Po drugie, jeżeli ktoś umrze nagle, a przyczyna zgonu jest nieznana, koroner może nakazać wykonanie badania pośmiertnego (sekcji zwłok) przez wybranego przez niego patologa. Jeżeli badanie wykaże naturalną przyczynę zgonu i nie ma okoliczności, które wskazywałyby na śmierć „nienaturalną”, koroner może wydać „Różowy Formularz B” (Pink Form B), która pozwala na pochówek lub kremację zmarłego. W takim przypadku zwykle nie prowadzi się dalszego postępowania w sprawie przyczyny zgonu.

Trzecią metodą działania koronera jest przeprowadzenie śledztwa, zmierzającego do ustalenia przyczyny zgonu. Ten obowiązek wynika z artykułu 8 ustawy o koronerach z 1988 r., który stanowi co następuje:

„Jeżeli koroner ustali, że ciało osoby zmarłej znajduje się w jego okręgu i istnieje uzasadniona przyczyna, aby podejrzewać, że zmarły:

A) zmarł gwałtownie lub nienaturalnie;

B) zmarł śmiercią nagłą, której przyczyna jest nieznana; lub

C) zmarł w więzieniu albo w okolicznościach wymagających przeprowadzenia postępowania zgodnie z innymi ustawami, - wówczas bez względu na to, czy do zgonu doszło w jego okręgu, czy nie, koroner powinien jak najszybciej przeprowadzić śledztwo w sprawie śmierci zmarłego lub bez ławy przysięgłych w przypadkach określonych przepisami.”.

Każda śmierć, która jest gwałtowna lub nienaturalna, musi być zgłoszona koronerowi. Określenie „nienaturalna” ma szerokie znaczenie. Nie wystarczy stwierdzenie, że osoba zmarła z przyczyn naturalnych - nawet w tym przypadku może to wymagać przeprowadzenia śledztwa, jeżeli okoliczności towarzyszące zgonowi wskazują, że może być inaczej. Poniższa lista pomaga wyjaśnić rodzaje zgonów, które wymagają zgłoszenia koronera, jednakże poniższa lista zawiera tylko niektóre przykłady.

Zgon należy zgłosić do koronera, jeżeli:

- 1) medyczna przyczyna zgonu jest nieznana;
- 2) zgon nie może być łatwo potwierdzony ze względu na przyczyny naturalne;
- 3) zmarły nie był leczony przez lekarza podczas jego ostatniej choroby lub nie był obserwowany w ciągu 14 dni przed śmiercią;
- 4) istnieją podejrzanym okoliczności lub nastąpiło użycie przemocy;
- 5) zgon może spowodowany wypadkiem (we wszystkich przypadkach, gdzie mogło do takiego wypadku dojść);
- 6) zgon może wynikać z ostrego zatrucia alkoholem;
- 7) istnieje podejrzenie zaniedbania opieki zmarłego;
- 8) zgon nastąpił podczas lub wkrótce po aresztowaniu w areszcie (włączając w to dobrowolną obecność na posterunku policji);
- 9) zgon nastąpił w czasie, gdy pacjent został zatrzymany na mocy przepisów ustawy o zdrowiu psychicznym;
- 10) zgon jest związany z aborcją;
- 11) zgon mógł nastąpić w skutku nadużywania narkotyków, uszkodzenia ciała lub przedawkowania;
- 12) zgon mógł być spowodowany chorobą przemysłową lub być związany w jakikolwiek sposób z dotychczasowym zatrudnieniem zmarłego, jakkolwiek dawno temu;
- 13) zgon nastąpił podczas lub w ciągu 14 dni po operacji lub procedurze klinicznej. Obejmuje to zgony, które w

jakikolwiek sposób mogłyby być związane ze znieczuleniem. Jeżeli operacja została wykonana z powodu choroby lub uszkodzenia ciała, niezależnie od tego, jak i kiedy to nastąpiło, koroner powinien być poinformowany;

- 14) zgon może być związany z procedurą kliniczną lub leczeniem;
- 15) zgon mógł wynikać z braku opieki lekarskiej;
- 16) zgon może być związany z transfuzją krwi;
- 17) zgon może być związany z niekorzystną reakcją na lek lub zatruciem;
- 18) zgon nastąpi w ciągu 24 godzin po przyjęciu do szpitala, chyba że przyczyną przyjęcia jest świadczenie opieki paliatywnej;
- 19) wystąpiły zarzuty błędu w sztuce medycznej lub domniemanego zaniedbania.

Koroner jest niezależnym urzędnikiem sądowym, mianowanym i opłacanym przez właściwy organ lokalny. Koroner podlega jurysdykcji Sądu Najwyższego i musi być doświadczonym prawnikiem lub lekarzem, a w niektórych przypadkach posiada uprawnienia obu zawodów. Każdy koroner ma zastępcę albo zastępców, tak aby jeden z nich był zawsze dostępny. Koszty usług koronerów są pokrywane przez władze lokalne. Przepisy dotyczące koronerów znajdują się w ustawie o zawodzie koronera z 1988 r. (z późniejszymi zmianami); Zasadach Pracy Koronerów (Zasadach wykonywania funkcji Koronera) z 1984 r. (z późniejszymi zmianami) i ustawie skarbowej z 1996 r. Istnieje również wiele orzeczeń sądowych dotyczących sposobu, w jaki funkcjonują koronerzy. Nowy akt parlamentu, ustawa o koronerach i sprawiedliwości wszedł w życie w 2009 r.

Większość koronerów ma jednego lub więcej pomocników, którzy asystują przy wypełnianiu obowiązków. Najczęściej policja jest odpowiedzialna za zbadanie przyczyny zgonu w imieniu koronera. Koroner jest ograniczony przez prawo w swoich działaniach. Dochodzenie jest procedurą mającą na celu ustalenie faktów, a nie procesem sądowym. Cel dochodzenia został określony w sekcji 11 ust. 5 ustawy o zawodzie koronera:

„Dochodzenie ...

B) powinno wykazać i potwierdzić –

(I) tożsamość zmarłego; i

(II) jak, kiedy i gdzie doszło do zgonu;”.

Przepisy znajdują się również w Zasadach wykonywania funkcji Koronera 1984 (the Coroners Rules 1984):

„Artykuł 36(1): Postępowanie i dowody przeprowadzane podczas dochodzenia zmierzają wyłącznie do ustalenia, co następuje:

(A) kim był zmarły;

(B) jak, kiedy i gdzie nastąpił zgon;

(C) dane szczegółowe ... wymagane w ustawie rejestracyjnej, które mają zostać zarejestrowane w odniesieniu do zgonu

(2) Ani koroner, ani ława przysięgłych nie powinni wydawać opinii na temat inny niż powyższe.”.

„Artykuł 42 – Wynik dochodzenia nie powinien zawierać ocen dotyczących:

A) odpowiedzialności karnej za spowodowanie zgonu

B) odpowiedzialności cywilnej za spowodowanie zgonu.”.

Badanie pośmiertne jest badaniem medycznym ciała po śmierci, przeprowadzonym przez patologa dla koronera. Większość badań wykonywanych w Anglii i Walii to autopsje przeprowadzane przez histopatologa wybranego przez koronera. Celem jest ustalenie medycznej przyczyny śmierci. W przypadku podejrzeń o popełnienie przestępstwa (np. morderstwo lub zabójstwo) badanie zazwyczaj będzie prowadzone przez specjalistę z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Koroner musi przeprowadzić dochodzenie, jeżeli przyczyna śmierci pozostaje nieznana lub istnieją podejrzenia, że zgon nastąpił gwałtownie, nienaturalnie lub w więzieniu. Jeżeli nastąpiła sekcja zwłok (lub post mortem), koroner wyda zwykle pozwolenie na pogrzeb lub kremację, nawet jeżeli nie został zakończony proces dochodzenia. W takich okolicznościach zgon nie może być zarejestrowany. Na potrzeby postępowania spadkowego koroner może wydać zaświadczenie tymczasowe potwierdzające zgon. Ten certyfikat powinien być akceptowany przez banki i instytucje finansowe, chyba że wymogiem jest znajomość wyniku dochodzenia (np. dla ubezpieczyciela). Zaświadczenie tymczasowe może być również wykorzystane w celu zaspokojenia roszczeń i ubezpieczeń społecznych. Po ponownym wznowieniu dochodzenia koroner informuje Rejestr Zgonów o śmierci, aby zgon został zarejestrowany.

Przesłuchanie jest przesłuchaniem publicznym prowadzonym przez koronera w celu ustalenia, kto umarł i w jakich okolicznościach to nastąpiło. Przesłuchanie powinno być przeprowadzone jak najszybciej i normalnie w ciągu 6 miesięcy od zgonu. Jeżeli zgon nastąpił w więzieniu lub w areszcie, lub w wyniku wypadku przy pracy, ława przysięgłych będzie obecna podczas przesłuchania.

W niektórych przypadkach koroner może odbyć jedno lub więcej dodatkowych przesłuchań przed rozpoczęciem rozprawy, zwanych: przesłuchaniem wstępnym. Pozwala ono ustalić zakres rozprawy. Pod koniec śledztwa koroner lub ława przysięgłych wydaje prawne oświadczenie o tym, kto umarł i w jakich okolicznościach. Koroner ogłasza przyczynę śmierci, aby móc ją formalnie zarejestrować.

Dokumenty medyczne pozostają poufne po śmierci, ale mogą być udostępnione rodzinie zmarłego lub osobie, która może mieć roszczenia wynikające ze zgonu. Istnieją pewne ustawowe ograniczenia. Koronerzy mają prawo otrzymywać kopie dokumentów medycznych, które są istotne i niezbędne do przeprowadzenia dochodzenia.

Francja

Zgon stwierdza co do zasady lekarz ARS (agence régionale de santé), zatem lekarz agencji odpowiedzialnej za działalność publicznej służby zdrowia w regionach (we Francji jest tu silna decentralizacja).

Jednak według wytycznych z 2013 r. sekcji etyki i deontologii l'Ordre National des Médecins (odpowiednika polskiej izby zawodowej, mającego szereg kompetencji określonych przepisami m.in. z zakresu zdrowia publicznego) kartę powinien wystawiać lekarz, który zna pacjenta i jego historię choroby. Wskazuje się na brak jednoznacznych wytycznych i konieczność modyfikacji przepisów, tak by czynność wystawienia karty zgonu była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. Dalej w zaleceniach stwierdza się: w przypadku osób przebywających w domach opieki (osoby starsze), kartę wystawia lekarz, który ma umowę z placówką, dopuszcza się jednak by kartę wystawiał lekarz prowadzący (rodzinny, prowadzący leczenie) w przypadku zgonu poza szpitalem, ale nie w miejscu publicznym. W przypadku zgonu w miejscu publicznym (lub po nieudanej reanimacji), do którego wezwano zespół ratunkowy, kartę wystawia wezwany lekarz rodzinny (prowadzący leczenie), jeżeli można ustalić jego tożsamość, jeżeli nie, kartę wystawia lekarz prowadzący prywatną praktykę (najbliższy terytorialnie, współpracujący z systemem ratownictwa – skróty nazw instytucji regionalnych np. CESU - centre d'enseignement des soins d'urgence, SAMU - Service d'Aide Médicale Urgente).

Karta zgonu składa się z dwóch części (obie wypełnia lekarz):

1) część pierwsza (w trzech egzemplarzach) jest przeznaczona dla domu pogrzebowego, merostwa (odpowiednik polskiego urzędu miasta, gminy) właściwego terytorialnie domowi pogrzebowemu i miejscu zgonu; zawiera podstawowe informacje: imię i nazwisko denata, płeć, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, adres miejsca zgonu oraz informacje o zgonie: jego miejsce, datę, godzinę i listę ogólnych przyczyn (zaznacza się tak lub nie);

2) część druga jest także wypełniana przez lekarza: ta część jest jednak anonimowa, tj. zawiera dane o datach urodzenia i zgonu, płci, adresie zamieszkania i zgonu (w obu przypadkach jedynie kod i jednostka samorządu terytorialnego) oraz dane szczegółowe o przyczynie zgonu, o fakcie przeprowadzenia autopsji, dostępności jej wyników, ta część jest przekazywana do nadzoru epidemiologicznego (CépiDc). CépiDc to Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, czyli centrum epidemiologiczne gromadzące dane na temat przyczyn zgonów. Jest to jeden z zakładów Inserm, czyli Institut national de la santé et de la recherche médicale (Narodowy instytut zdrowia i badań medycznych). CépiDc współpracuje też z WHO w ramach opracowywania ICD w języku francuskim.

Za odpowiednik polskiej karty zgonu należy uznać dokument „Certificat de décès” (karta zgonu) oraz „Certificat de décès néonatal” (karta zgonu noworodka). Ten ostatni dokument jest wystawiany w przypadku zgonu noworodka, który nastąpił w okresie od urodzenia do 27 dnia pod warunkiem, że dziecko ukończyło 22 tydzień ciąży lub ważyło mniej niż 500 gram przy urodzeniu. Francuska karta zgonu w obu wersjach to dokument sporządzony na urzędowym druku papierowym lub generowany w systemie elektronicznym. Kartę wystawia lekarz, który stwierdził zgon. W obydwu formach (papierowej i elektronicznej) składa się ona z dwóch części:

- Volet administratif (część administracyjna), która jest wydawana zakładowi pogrzebowemu – zawiera dane lekarza stwierdzającego zgon, datę, godzinę i miejsce (komunę) zgonu, dane zmarłego oraz część zawierającą wskazania dotyczące pochówku (Informations funéraires). W części „Informations funéraires” znajdują się boksy „oui” (tak) oraz „non” (nie), które zaznacza lekarz.

- «Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) – dans un cercueil hermétique » (obowiązek niezwłocznego złożenia do trumny - w trumnie hermetycznej) oznacza co do zasady, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna.

- Volet médical (część medyczna), która zawiera szczegółowe informacje dotyczące okoliczności i przyczyny zgonu, w tym wskazanie nazwy choroby, która go spowodowała. Ta część karty zgonu jest dokumentem poufnym i nie jest wydawana zakładowi pogrzebowemu lub rodzinie zmarłego. Dostęp do części medycznej mają wyłącznie uprawnione podmioty zajmujące się zdrowiem publicznym i statystyką zdrowotną, tj. Agence Régionale de Santé (regionalne agencje zdrowia).

Dokumentowanie zgonów

Czechy

Kartę zgonu – list o prohlídce zemřelého (část "B" zdravotnická) przygotowuje lekarz (jednostka medyczna), który stwierdza zgon. Nie zawiera ona jednak informacji o przyczynie zgonu. W karcie wpisuje się zaś zlecenie lekarza na przeprowadzenie dodatkowego badania w przypadku, gdy przyczyną śmierci mogła być choroba zakaźna. Rodzina zainteresowana uzyskaniem zaświadczenia o przyczynie zgonu każdorazowo występuje o sporządzenie dodatkowego dokumentu (nie ma jednej określonej formy), w którego treści wyklucza się jedynie chorobę zakaźną jako przyczynę zgonu.

Hiszpania

Dokumentem stwierdzającym zgon w Królestwie Hiszpanii jest lekarskie zaświadczenie o zgonie (certificado médico de defunción). Zaświadczenie jest wydawane przez lekarzy zarejestrowanych w hiszpańskiej Izbie Lekarskiej na formularzach, których wzory są publikowane przez Główną Izbę Lekarską (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos) zgodnie z postanowieniami statutu Głównej Izby Lekarskiej zatwierdzonego dekretem królewskim 1018/1980 z 19 maja 1980 roku, zmienionym dekretem królewskim 757/2006 z 16 czerwca 2006 roku.

Holandia

W Królestwie Niderlandów organem właściwym do wystawienia karty zgonu, innego dokumentu urzędowego stwierdzającego zgon oraz dokumentu urzędowego stwierdzającego wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej jest lekarz stwierdzający zgon Regionalnej Służby Zdrowia (Gemeentelijke Geneeskundige Dienst - określanej skrótem GGD). Regionalna Służba Zdrowia Królestwa Niderlandów jest podzielona na 25 okręgów i, w razie konieczności, wykonuje jednocześnie zadania związane z medycyną sądową w przypadku śmierci gwałtownej. W przypadku śmierci naturalnej dokumenty w postaci karty zgonu (Overlijdensverklaring) lub zaświadczenia medycznego wykluczającego chorobę zakaźną (Medische verklaring) mogą być również sporządzane przez lekarza prowadzącego lub lekarza stwierdzającego zgon. W przypadku wątpliwości co do przyczyny zgonu lekarz prowadzący zwraca się o opinię do regionalnego lekarza medycyny sądowej. Podstawę prawną stanowi holenderska ustawa o chowaniu zmarłych (Wet op de lijkbezorging) z dnia 7 marca 1991 r.

Litwa

W Republice Litewskiej placówkami uprawnionymi do wydawania medycznej karty zgonu, od dnia 1 stycznia 2017 r. będącej urzędowym dokumentem stwierdzającym fakt i przyczynę zgonu, są szpital, przychodnia, zakład opiekuńczo-leczniczy, państwowy urząd medycyny sądowej. Uprawnionymi osobami do podpisu wspomnianego dokumentu są:

- lekarz rodzinny, który dokonał oględzin ciała zmarłego i stwierdził zgon na podstawie posiadanych dokumentów medycznych, udowodniających przyczynę zgonu (jeżeli nie ma podejrzenia o przemoc i nie są wymagane badania w zakresie medycyny sądowej i anatomii patologicznej);
- lekarz rodzinny na podstawie medycznych dokumentów i opinii innego lekarza;
- inny lekarz, który dokonał oględzin ciała i stwierdził zgon na podstawie posiadanych dokumentów medycznych, udowodniających przyczynę zgonu, (jeżeli nie ma podejrzenia o przemoc i nie są wymagane badania w zakresie medycyny sądowej i anatomii patologicznej);
- lekarz patolog, po przeprowadzeniu autopsji;
- biegły lekarz specjalista medycyny sądowej po przeprowadzeniu autopsji.

Litewska medyczna karta zgonu została opracowana na podstawie ustawy o stwierdzaniu zgonu i stanu krytycznego chorych, jak również założeń określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy oraz Rozporządzenia Komisji (UE) nr 328/2011 z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie wykonania, w odniesieniu do statystyk dotyczących przyczyn zgonu, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy), a także standardów w zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia w części dotyczącej wpisu przyczyn zgonu.

Luksemburg

W Wielkim Księstwie Luksemburga dokumentem stwierdzającym zgon jest zaświadczenie medyczne – certificat medicale wystawiany przez lekarza prowadzącego lub, w przypadku jego nieobecności, innego lekarza wezwanego w tym celu przez rodzinę zmarłego lub władze publiczne.

W przypadku zaświadczenia wystawianego przez lekarza medycyny sądowej, dokument ten nie zawiera informacji dotyczącej przyczyny zgonu, ale adnotację, że nie istnieją przesłanki, dla których transport zagrażałby zdrowiu publicznemu.

W przypadku zaświadczenia wstawianego przez lekarza rodzinnego, szpitalnego, etc., na dokumencie znajduje się adnotacja czy zgon nastąpił z przyczyn naturalnych/czy brak oznak śmierci gwałtownej.

Dokumentem urzędowym wskazującym expilicite wykluczenie jako przyczyny zgonu choroby zakaźnej jest natomiast tzw. oficjalne zaświadczenie medyczne - certificat medical officiel wystawiane przez Ministerstwo Zdrowia Luksemburga - oddział inspekcji sanitarnej, która w swoim dokumencie powołuje się na ww. certificat medicale. Dokument też zawiera informację, że w chwili zgonu osoby w Wielkim Księstwie nie panowała epidemia oraz o umieszczeniu ciała w trumnie zgodnie z przepisami prawa luksemburskiego.

Portugalia

W przypadku zgonów osób na terenie Portugalii, w stosunku do których przeprowadzono sekcję zwłok, organem upoważnionym do wydawania dokumentów stwierdzających zgon jest Instytut Medycyny Sądowej (Instituto de Medicina Legal). Instytut ustala przyczynę śmierci oraz stwierdza, czy zgon nastąpił w następstwie choroby zakaźnej.

W przypadkach nieobjętych kompetencją Instytutu Medycyny Sądowej, a zatem w przypadku zgonów, wobec których nie występują wątpliwości co do przyczyny śmierci, kartę zgonu wystawia lekarz/szpital. Na tej podstawie właściwy terytorialnie portugalski urząd stanu cywilnego (Conservatória do Registo Civil) wystawia akt zgonu.

Słowacja

Na terytorium Republiki Słowackiej zgodnie z § 47b ust. 2 ustawy Nr 581/2004 o ubezpieczalniach zdrowotnych oraz sprawowaniu nadzoru nad opieką zdrowotną osobą uprawnioną do stwierdzenia zgonu i jego przyczyny, do dokonania oględzin zwłok, a następnie do wystawienia karty zgonu (List o prehládke mŕtveho tela) jest lekarz, który posiada prawo do wykonywania zawodu oraz wydane przez w/w Urząd uprawnienie do dokonywania oględzin zwłok ludzkich. Lekarz ten jest zobowiązany do kompletnego i prawidłowego wypełnienia karty zgonu (List o prehládke mŕtveho) i

sprawozdania z oględzin zwłok ludzkich (Správa o prehliadke mŕtveho tela) oraz przekazania tych dokumentów do w/w Urzędu w następnym dniu roboczym. Karta zgonu (List o prehliadke mŕtveho tela) jest podstawą do sporządzenia aktu zgonu (Úmrtný list) przez właściwy miejscowo słowacki Urząd Stanu Cywilnego (Matričný úrad). Informację o chorobie zakaźnej jako przyczynie zgonu lekarz wpisuje w karcie zgonu (na pierwszej stronie) w odpowiednim miejscu przeznaczonym na określenie tej przyczyny zgonu.

Słowenia

Pierwszym dokumentem wystawianym po śmierci osoby na terytorium RSI jest odpowiednik polskiej karty zgonu noszący w j. słoweńskim nazwę zdravniško portidlo o smrti in poročilo v vyroku smrti. Obowiązek wystawienia tego dokumentu spoczywa na lekarzu uprawnionym do stwierdzenia zgonu (wyznaczanym przez urząd gminy), którego najczęściej wzywa członek rodziny albo osoba, która zmarłego znalazła (w przypadku, gdy zgon nastąpił w domu lub w miejscu innym aniżeli dom opieki lub szpital), lekarz prowadzący (w przypadku zgonu w szpitalu, przy czym prawny obowiązek ciąży na instytucji) lub patolog - gdy sytuacja uzasadnia przeprowadzenie sekcji zwłok.

Drugim dokumentem, do przygotowania którego są zobowiązane wyżej określone osoby lub instytucje jest dokument w sposób formalny określający przyczynę zgonu (obrazec o prijavi smrti).

Irlandia Północna

Na terenie podległego okręgu konsularnego (Irlandia Północna) organem uprawnionym do wystawienia aktu zgonu jest miejscowy Urząd Stanu Cywilnego (Registrar Office). Stosowane w Irlandii Północnej wzory aktów zgonu zawierają informację o przyczynie śmierci. W przypadku, jeżeli okoliczności śmierci są dopiero wyjaśniane, to tzw. tymczasowy akt zgonu może wystawić koroner (wydanie właściwego aktu zgonu może w takim wypadku opóźnić się nawet o 6 miesięcy). Stwierdzenie śmierci przez coronera nie musi zawierać informacji o przyczynie śmierci. W takim wypadku, w celu wystawienia zaświadczenia na przewóz zwłok, wymaga się dołączenie informacji od lekarza (najczęściej jest to lekarz dokonujący sekcji), że zmarły nie cierpiał na chorobę zakaźną.

Martwe urodzenia

Australia

Urodzenie martwego dziecka w Australii definiuje się jako narodziny dziecka, które zmarło w dowolnym momencie od 20 tygodnia ciąży do daty porodu. Okres noworodkowy trwa od urodzenia do 28 dni. Koronerowi są zgłaszane tylko zgony niemowląt, które nabrały oddechu, ale można je zgłosić do odpowiedniego Departamentu Zdrowia stanu lub terytorium w celu zbadania.

Austria

W Austrii nie ma specjalnych procedur na wypadek śmierci dziecka, chyba że jest to związane z przestępstwem lub następuje w niejasnych lub podejrzanych okolicznościach.

W procedurach noworodkowych i martwych porodów różni się poronienie (Fehlgeburt; w przypadku, gdy dziecko waży poniżej 500 gramów), martwy poród (stille Geburt; w przypadku, którego dziecko waży ponad 500 gramów) i śmierć po urodzeniu żywym (Lebendgeburt). W przypadku poronienia nie wydaje się aktu zgonu, natomiast w przypadku urodzenia martwego dziecka jest wystawiany akt zgonu. W przypadku zgonu po urodzeniu żywego, urząd stanu cywilnego musi wydać rodzicom akt urodzenia przed wystawieniem aktu zgonu.

Niemcy

W Niemczech poród martwy definiuje się jako śmierć płodu w 24. tygodniu ciąży lub po tym, kiedy dziecko rodzi się bez oznak życia. Termin ten kontrastuje z terminem poronienie, które jest wczesną utratą ciąży i porodem żywym, w którym dziecko rodzi się żywe, nawet jeśli umiera wkrótce potem.

Zmarłe dziecko, które urodziło się żywe, musi zostać pochowane zgodnie z prawem. Ogólnie rzecz biorąc, dziecko, które zmarło przed urodzeniem, również musi zostać pochowane, jeśli ważyło ponad 500 g przy urodzeniu (może się to jednak różnić w różnych krajach związkowych). Jeśli dziecko ważyło mniej niż 500 g, pochówek nie jest obowiązkowy, ale zwykle jest dozwolony.

Szwecja

Zgony dzieci - Urodzenie martwego dziecka w Szwecji definiuje się jako narodziny dziecka, które zmarło w dowolnym momencie od 22 tygodnia ciąży do daty porodu. Kiedy policja w Szwecji zostanie wezwana na miejsce, w którym ktoś zmarł, zbada, czy dana osoba zmarła z przyczyn naturalnych, czy nie. Nie ma oddzielnych procedur w przypadku zgonów z udziałem dzieci.

Włochy

Urodzenie martwego dziecka we Włoszech definiuje się jako narodziny dziecka, które zmarło w dowolnym momencie od 28 tygodnia ciąży. Jeśli dziecko urodzi się martwe po 28. tygodniu ciąży, należy to zarejestrować w Urzędzie Stanu Cywilnego (Ufficio Anagrafe), po czym może nastąpić pochówek.

Jeśli jednak dziecko umrze po urodzeniu się żywym, obowiązkowa jest rejestracja najpierw narodzin, a następnie śmierci.

Żadna procedura nie jest konieczna w przypadku śmierci dziecka przed 28 tygodniem ciąży, chociaż istnieje możliwość złożenia wniosku o pochówek za pośrednictwem ASL (lokalne władze zdrowotne). Należy to zrobić w ciągu 24 godzin, a każdy szpital powinien być w stanie doradzić, jaką procedurę należy zastosować. We Włoszech nie istnieją żadne szczególne ani odrębne procedury po śmierci dziecka, a dochodzenie jest prowadzone na tej samej podstawie, co w przypadku śmierci osoby dorosłej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

| Grupa | Wielkość | Źródło danych | Oddziaływanie |
|---|-----------------------------|--|--|
| osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej | 37 563 000 | informacja statystyczna – Główny Urząd Statystyczny, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju naturalnym stan na 30 czerwca 2024 r. | ułatwienia przy załatwianiu spraw urzędowych; |
| urzędy stanu cywilnego | 2 255 | dane ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji | zmiana w sposobie funkcjonowania, stosowanie nowych regulacji prawnych |
| lekarze lekarze dentyści | 100 684 12 831 | zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Biuletynie Statystycznym Ministra Zdrowia z 2025 r. (stan na 2024 r.) Tabela 2.2.1. | dostosowanie do nowych regulacji prawnych, określenie lekarzy zobowiązanych do stwierdzenia zgonu i ich dokumentowania. |
| lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny sądowej | 198 | rejestr lekarzy i lekarzy dentyków, prowadzony przez Naczelną Radę Lekarską (Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji) stan na dzień 30 września 2024 r. | dostosowanie do nowych regulacji prawnych, w tym do wykonywania czynności lekarza zobowiązanego do stwierdzania zgonu |
| ratownicy medyczni pielęgniarki położne | 16 778 182 282 22 575 | zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Biuletynie Statystycznym Ministra Zdrowia z 2025 r. (stan na 2024 r.) Tabela 2.2.1. | dostosowanie do nowych regulacji prawnych osób zobowiązanych do stwierdzania zgonu i sporządzania odpowiednich dokumentów, w tym stwierdzanie zgonu osoby w trakcie prowadzonej akcji medycznej, zgonów w podmiotach udzielających stacjonarnych i całodziennych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitale, w hospicjach domowych i w zespołach długoterminowej opieki domowej, oraz stwierdzanie i dokumentowanie martwego urodzenia. |
| uczelnie medyczne lub uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną lub badawczą w dziedzinie nauk medycznych | 134 | dane – Ministerstwo Zdrowia | określenie zasad pozyskiwania zwłok dla celów naukowych lub dydaktycznych |
| województwie | 16 | informacja ogólnodostępna | Realizacja zadań wynikających z projektowanej ustawy, w tym: obsługa funkcjonowania urzędowego lekarza (zawieranie umów, ponoszenie kosztów) |

| | | | |
|--|-----|------------------------------|---|
| | | | wynagrodzenia, pozostawania w gotowości i dojazdu do miejsca wezwania), zapewnienie wezwań urzędowego lekarza przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, a także zapewnienie realizacji zadań związanych z przeprowadzeniem procedur postępowania ze zwłokami pacjenta zmarłego poza szpitalem, o których mowa w art. 28, art. 31 i art. 32 nowelizowanej ustawy, w przypadku zarządzenia sekcji zwłok i ponoszenie kosztów realizacji tego zadania |
| organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej | 344 | Główny Inspektorat Sanitarny | przyjmowanie zgłoszeń zgonów w przypadku podejrzenia, że zgon nastąpił u osoby zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną oraz przekazywanie ich wojewodzie wraz z analizą ryzyka zagrożenia dla zdrowia publicznego jaką stanowi to zdarzenie |
| Główny Urząd Statystyczny | 1 | informacja ogólnodostępna | wiarygodne i szybsze pozyskiwanie informacji statystycznych, w szczególności o przyczynach zgonów; konieczność dostosowania się do zmian prawnych i technicznych w zakresie obiegu informacji |
| Minister Cyfryzacji | 1 | informacja ogólnodostępna | organ odpowiedzialny za utrzymanie i rozwój rejestru stanu cywilnego |
| Centrum e-Zdrowie | 1 | informacja ogólnodostępna | udostępnienie systemu teleinformatycznego P1 i jego obsługa |

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Istotna część rozwiązań w zakresie regulacji objętych projektowaną ustawą była już przedmiotem prac legislacyjnych w ramach projektów ustaw kierowanych w poprzednich latach do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania, a także do opinii Rady Legislacyjnej.

Projekt ustawy był przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag następującym podmiotom:

- 1) Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej;
- 2) Dyrektorowi Urzędu Morskiego w Gdyni;
- 3) Dyrektorowi Urzędu Morskiego w Szczecinie;
- 4) Federacji Pacjentów Polskich;
- 5) Instytutowi Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;

- 6) Fundacji My Pacjenci;
- 7) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 8) Federacji Związków Gmin i Powiatów RP;
- 9) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 10) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 11) Federacji Związków Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 12) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 13) Forum Związków Zawodowych;
- 14) Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu;
- 15) Instytutowi Matki i Dziecka;
- 16) Komendantowi Głównemu Policji;
- 17) Komendantowi Głównemu Straży Granicznej;
- 18) Komendantowi Głównemu Straży Pożarnej;
- 19) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 20) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 21) konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 22) konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny sądowej;
- 23) konsultantowi krajowemu w dziedzinie patomorfologii;
- 24) konsultantowi krajowemu do spraw położnictwa i ginekologii;
- 25) konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego;
- 26) konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego;
- 27) konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 28) konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- 29) konsultantowi krajowemu w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 30) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 31) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 32) Krajowej Radzie Transplantacyjnej;
- 33) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 34) Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce;
- 35) Konfederacji Lewiatan;
- 36) NSZZ „Solidarność”;
- 37) NSZZ „Solidarność-80”;
- 38) Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 39) Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu;
- 40) Marszałkowi Województwa dolnośląskiego;
- 41) Marszałkowi Województwa kujawsko-pomorskiego;
- 42) Marszałkowi Województwa lubelskiego;
- 43) Marszałkowi Województwa lubuskiego;
- 44) Marszałkowi Województwa łódzkiego;
- 45) Marszałkowi Województwa małopolskiego;
- 46) Marszałkowi Województwa mazowieckiego;
- 47) Marszałkowi Województwa opolskiego;
- 48) Marszałkowi Województwa podkarpackiego;
- 49) Marszałkowi Województwa podlaskiego;
- 50) Marszałkowi Województwa pomorskiego;
- 51) Marszałkowi Województwa śląskiego;
- 52) Marszałkowi Województwa świętokrzyskiego;
- 53) Marszałkowi Województwa warmińsko-mazurskiego;
- 54) Marszałkowi Województwa wielkopolskiego;
- 55) Marszałkowi Województwa zachodniopomorskiego;
- 56) Morskiej Służbie Poszukiwania i Ratownictwa;
- 57) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 58) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 59) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 60) Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego PZH – Państwowemu Instytutowi Badawczemu;
- 61) Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 62) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 63) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 64) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii;
- 65) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych;
- 66) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;

- 67) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 68) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 69) Ogólnopolskiemu Towarzystwu Ratowników Medycznych;
- 70) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
- 71) Pracodawcom Medycyny Prywatnej;
- 72) Polskiej Radzie Ratowników Medycznych;
- 73) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 74) Polskiej Federacji Szpitali;
- 75) Polskiemu Stowarzyszeniu Ratowników Medycznych;
- 76) Polskiemu Stowarzyszeniu Transplantacyjnemu;
- 77) Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali;
- 78) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 79) Polskiemu Towarzystwu Medycyny Ratunkowej;
- 80) Polskiemu Związkowi Ratowników Medycznych;
- 81) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarstwa Ratunkowego;
- 82) Polskiemu Towarzystwu Zdrowia Publicznego;
- 83) Polskiemu Towarzystwu Prawa Medycznego;
- 84) Polskiemu Towarzystwu Ratowników Medycznych;
- 85) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 86) Porozumieniu Lekarzy Medycyny Ratunkowej;
- 87) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 88) Prezesowi Głównego Urzędu Statystycznego;
- 89) Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 90) Prezesowi Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 91) Radzie Działalności Pożytku Publicznego;
- 92) Radzie Dialogu Społecznego;
- 93) Radzie Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 94) Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców;
- 95) Rzecznikowi Praw Dziecka;
- 96) Rzecznikowi Praw Obywatelskich;
- 97) Rzecznikowi Praw Pacjenta;
- 98) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 99) Stowarzyszeniu Szpitali Małopolski;
- 100) Szefowi Urzędu do Spraw Cudzoziemców;
- 101) Unii Metropolii Polskich;
- 102) uczelniom medycznym lub uczelniom prowadzącym działalność dydaktyczną lub badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 103) Unii Miasteczek Polskich;
- 104) Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 105) Wielkopolskiemu Związkowi Szpitali;
- 106) Wojewodzie świętokrzyskiemu;
- 107) Wojewodzie podlaskiemu;
- 108) Wojewodzie lubuskim;
- 109) Wojewodzie mazowieckiemu;
- 110) Wojewodzie opolskiemu;
- 111) Wojewodzie małopolskiemu;
- 112) Wojewodzie lubelskiemu;
- 113) Wojewodzie warmińsko-mazurskiemu;
- 114) Wojewodzie podkarpackiemu;
- 115) Wojewodzie zachodniopomorskiemu;
- 116) Wojewodzie pomorskiemu;
- 117) Wojewodzie łódzkiemu;
- 118) Wojewodzie wielkopolskiemu;
- 119) Wojewodzie kujawsko-pomorskiemu;
- 120) Wojewodzie śląskiemu;
- 121) Wojewodzie dolnośląskiemu;
- 122) Związkowi Gmin Wiejskich RP;
- 123) Związkowi Miast Polskich;

- 124) Związkowi Powiatów Polskich;
 125) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
 126) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
 127) Związkowi Województw Rzeczypospolitej Polskiej;
 128) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
 129) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców.

Projekt ustawy został zamieszczony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408), w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji.

Ponadto, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677, z późn. zm.), projekt ustawy został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania są omówione w raporcie dołączonym do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

| (ceny stałe z 2026 r.) | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2032 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | Łącznie (0-10) |
| Dochody ogółem | 0,00 | 0,42 | 0,72 | 0,45 | 0,46 | 0,48 | 0,49 | 0,51 | 0,53 | 0,54 | 4,6 |
| budżet państwa | 0,00 | 0,42 | 0,72 | 0,45 | 0,46 | 0,48 | 0,49 | 0,51 | 0,53 | 0,54 | 4,6 |
| JST | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Wydatki ogółem | 77 | 93,4 | 85,5 | 78,41 | 78,5 | 78,14 | 79,8 | 78,7 | 78,33 | 78,8 | 806,58 |
| budżet państwa | 77 | 93,4 | 85,5 | 78,41 | 78,5 | 78,14 | 79,8 | 78,7 | 78,33 | 78,8 | 806,58 |
| JST | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Wydatki budżet państwa: | | | | | | | | | | | |
| 1. część 46 – Zdrowie | | | | | | | | | | | |
| wydatki Centrum e-Zdrowia | 0 | 11,42 | 3,54 | 2,12 | 2,50 | 2,15 | 3,47 | 2,68 | 2,33 | 2,79 | 33,0 |
| wydatki na SWD PRM | 0,3 | | | 0,3 | | | 0,3 | | | 0,3 | 1,2 |
| 2. części 85 - Wojewodowie | 38,46 0 176 | 37,99 6 176 | 37,99 6 176 | 37,99 6 176 | 37, 996 | 37, 996 | 37, 996 | 37, 996 | 37, 996 | 37, 996 | 380, 425 |
| wynagrodzenie urzędowych lekarzy | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 240 |
| pozostawianie w gotowości urzędowych lekarzy | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 9,216 | 92,16 |
| zlecone badania pośmiertne | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 2,346 | 23,46 |
| koszty dotyczące czynności urzędów wojewódzkich | 2,898 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 2,434 176 | 24, 805 76 |
| 3. części 21 – Gospodarka morska | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 |
| 4. części 27 – Informatyzacja - w zakresie dostosowania rejestru stanu cywilnego | 0 | 5,965 | 5,965 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11, 930 |
| Saldo ogółem | 77 | 92,98 | 84,78 | 77,96 | 78,04 | 77,66 | 79,31 | 78,19 | 77,8 | 78,26 | 801,98 |
| budżet państwa | 77 | 92,98 | 84,78 | 77,96 | 78,04 | 77,66 | 79,31 | 78,19 | 77,8 | 78,26 | 801,98 |

| JST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|-----|--------------------|----------------------|-----------------|-------------------|-------|------|---|--------------|--------------|--------------|---------------|------|----|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|--------------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|------|---|--------------|------------|------|--------------|--------------|--|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Źródła finansowania | <p>Projektowana ustawa spowoduje wydatki dla budżetu państwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w części 46 – Zdrowie: <ol style="list-style-type: none"> a) w zakresie wydatków związanych z przygotowaniem systemów informatycznych do wejścia w życie projektowanej regulacji oraz wytworzeniem i utrzymaniem elektronicznej karty zgonu, elektronicznej karty urodzenia i elektronicznej karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu przez Centrum e-Zdrowia (CeZ); b) na dostosowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM); 2) w części 85 - Wojewodowie w zakresie zadań związanych z funkcjonowaniem urzędowych lekarzy oraz z wykonywaniem czynności związanych z przeprowadzeniem badań pośmiertnych innych niż wobec pacjenta zmarłego w szpitalu, zleconych na podstawie przepisów postępowania karnego albo na zlecenie opiekuna faktycznego lub osoby bliskiej; 3) w części 21 – Gospodarka morska na nowe zadania Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa; 4) w części 27 - Informatyzacja – w zakresie dostosowania rejestru stanu cywilnego; 5) ewentualne skutki finansowe związane z realizacją zadań należących do właściwości Ministra Obrony Narodowej zostaną sfinansowane w ramach limitu wydatków obronnych, o którym mowa w art. 40 ustawy z dnia 11 marca 2021 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. z 2024 r. poz. 248, z późn. zm.), bez konieczności występowania o dodatkowe środki. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | <p>1. Część budżetowa 46 - Zdrowie</p> <p>1.1 Centrum e-Zdrowia - przygotowanie systemu teleinformatycznego Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, zwanym dalej „Systemem P1”.</p> <p>Wszystkie czynności związane z procedurami związanymi z wejściem w życie projektowanych regulacji, w tym wytworzeniem i utrzymaniem elektronicznej karty zgonu, elektronicznej karty urodzenia i elektronicznej karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, będą odbywały się w ramach istniejącego Systemu P1 poprzez rozbudowę jego funkcjonalności, i będą ponoszone przez Centrum e-Zdrowia (CeZ).</p> <p>Realizacja projektu ustawy wymaga dokończenie budowy nowych funkcjonalności systemu o obsługę elektronicznych kart zgonu, urodzenia i martwego urodzenia. Koszty ponoszone przez Centrum będą w szczególności dotyczyły konieczności przygotowania dodatkowych zaświadczeń, w przypadku kart sporządzonych w postaci papierowej przekazywania danych z rejestru stanu cywilnego do systemu P1 oraz konieczności integracji pomiędzy systemami oraz udostępnienia informacji m.in. do GUS.</p> <p>Wydatki związane z modyfikacją Systemu P1 na potrzeby uruchomienia szacowane są na poziomie 11 420 440 zł. Koszt ten obejmuje zakup sprzętu i licencji (2 501 124 zł), koszty osobowe (6 etatów – 1 569 116 zł) oraz usług zewnętrznych (7 350 200 zł).</p> <p>Poniższe koszty zostały wyliczone z uwzględnieniem aktualnych (lipiec 2025) wskaźników makroekonomicznych w każdym kolejnym roku. W kosztach tych uwzględniono wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI).</p> <p>Szczegółowe zestawienie wydatków dla CeZ w latach 2028–2038 przedstawia poniższa tabela:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>Liczba etatów CeZ:</th> <th>Razem koszty osobowe</th> <th>Wydatki bieżące</th> <th>Wydatki majątkowe</th> <th>RAZEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2028</td> <td>6</td> <td>1 569 116 zł</td> <td>7 350 200 zł</td> <td>2 501 124 zł</td> <td>11 420 440 zł</td> </tr> <tr> <td>2029</td> <td>10</td> <td>2 844 769 zł</td> <td>691 875 zł</td> <td>0 zł</td> <td>3 536 644 zł</td> </tr> <tr> <td>2030</td> <td>6</td> <td>1 917 147 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 122 403 zł</td> </tr> <tr> <td>2031</td> <td>6</td> <td>1 882 115 zł</td> <td>615 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 497 371 zł</td> </tr> <tr> <td>2032</td> <td>6</td> <td>1 942 342 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 147 599 zł</td> </tr> <tr> <td>2033</td> <td>6</td> <td>2 002 555 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>1 263 825 zł</td> <td>3 471 636 zł</td> </tr> <tr> <td>2034</td> <td>6</td> <td>2 062 632 zł</td> <td>615 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 677 888 zł</td> </tr> <tr> <td>2035</td> <td>6</td> <td>2 122 448 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 327 704 zł</td> </tr> <tr> <td>2036</td> <td>6</td> <td>2 181 876 zł</td> <td>615 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 797 133 zł</td> </tr> <tr> <td>2037</td> <td>6</td> <td>2 240 787 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 446 043 zł</td> </tr> <tr> <td>2038</td> <td>6</td> <td>2 299 048 zł</td> <td>205 256 zł</td> <td>0 zł</td> <td>2 504 304 zł</td> </tr> <tr> <td>Razem</td> <td></td> <td>23 064 834 zł</td> <td>11 119 381 zł</td> <td>3 764 949 zł</td> <td>37 949 164 zł</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ponadto, jeżeli chodzi o zapotrzebowanie kadrowe (dla systemu Elektronicznej Karty Zgonu w Centrum e-Zdrowia) poniżej przedstawiono analizę pracochłonności uzasadniającej proponowaną liczbę etatów:</p> | | | | | | | | | | | Rok | Liczba etatów CeZ: | Razem koszty osobowe | Wydatki bieżące | Wydatki majątkowe | RAZEM | 2028 | 6 | 1 569 116 zł | 7 350 200 zł | 2 501 124 zł | 11 420 440 zł | 2029 | 10 | 2 844 769 zł | 691 875 zł | 0 zł | 3 536 644 zł | 2030 | 6 | 1 917 147 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 122 403 zł | 2031 | 6 | 1 882 115 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 497 371 zł | 2032 | 6 | 1 942 342 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 147 599 zł | 2033 | 6 | 2 002 555 zł | 205 256 zł | 1 263 825 zł | 3 471 636 zł | 2034 | 6 | 2 062 632 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 677 888 zł | 2035 | 6 | 2 122 448 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 327 704 zł | 2036 | 6 | 2 181 876 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 797 133 zł | 2037 | 6 | 2 240 787 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 446 043 zł | 2038 | 6 | 2 299 048 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 504 304 zł | Razem | | 23 064 834 zł | 11 119 381 zł | 3 764 949 zł | 37 949 164 zł |
| Rok | Liczba etatów CeZ: | Razem koszty osobowe | Wydatki bieżące | Wydatki majątkowe | RAZEM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2028 | 6 | 1 569 116 zł | 7 350 200 zł | 2 501 124 zł | 11 420 440 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2029 | 10 | 2 844 769 zł | 691 875 zł | 0 zł | 3 536 644 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2030 | 6 | 1 917 147 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 122 403 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2031 | 6 | 1 882 115 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 497 371 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2032 | 6 | 1 942 342 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 147 599 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2033 | 6 | 2 002 555 zł | 205 256 zł | 1 263 825 zł | 3 471 636 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2034 | 6 | 2 062 632 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 677 888 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2035 | 6 | 2 122 448 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 327 704 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2036 | 6 | 2 181 876 zł | 615 256 zł | 0 zł | 2 797 133 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2037 | 6 | 2 240 787 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 446 043 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2038 | 6 | 2 299 048 zł | 205 256 zł | 0 zł | 2 504 304 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razem | | 23 064 834 zł | 11 119 381 zł | 3 764 949 zł | 37 949 164 zł | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Bazowe | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 |
|--|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Roczna pracochłonność (w godzinach): | 9 888 | 16 560 | 9 936 | 9 888 | 10 032 | 9 936 | 9 936 | 9 936 | 9 984 | 9 984 | 9 984 |
| Liczba dni roboczych w roku | 249 | 250 | 250 | 249 | 252 | 250 | 250 | 250 | 251 | 251 | 251 |
| Liczba dni urlopowych 1 pracownika w roku | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Liczba dni chorobowych 1 pracownika w roku | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Liczba dni szkoleniowych 1 pracownika w roku | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Liczba dni roboczych w roku po uwzględnieniu dni wolnych | 206 | 207 | 207 | 206 | 209 | 207 | 207 | 207 | 208 | 208 | 208 |
| Liczba godzin poświęconych zadaniom w dniu roboczym (wszystkie etaty) | 48 | 80 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |
| Liczba godzin przypadająca w dniu roboczym na 1 pracownika | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Zapotrzebowanie na etaty pracownicze w związku z nowymi zadaniami | 6 | 10 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Łączne wydatki w latach 2028 – 2038 - przewiduje się ponoszenie przez CeZ następujących kosztów:

- 1) wydatki bieżące – 10 827 250 zł /po indeksacji 11 119 381 zł.
- 2) wydatki majątkowe – 3 666 000 zł /po indeksacji 3 764 949 zł.
- 3) koszty osobowe zespołu CeZ – 22 375 474 zł /po indeksacji 23 064 834 zł.

RAZEM: 37 949 164 zł.

Poniższa tabela przedstawia szczegółowe wyliczenia dotyczące wydatków osobowych, bieżących i majątkowych w latach 2028-2038:

| Bazowe | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | RAZEM |
|--|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| EKZ | | | | | | | | | | | | |
| Koszty osobowe w tym: | 1516 054 | 2 748 569 | 1 854 107 | 1 821 989 | 1 882 115 | 1 942 342 | 2 002 555 | 2 062 632 | 2 122 448 | 2 181 876 | 2 240 787 | 22 375 474 |
| etaty | 6 | 10 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| wynagrodzenia | 1 261 381 | 2 175 883 | 1 351 223 | 1 397 165 | 1 443 271 | 1 489 456 | 1 535 629 | 1 581 698 | 1 627 567 | 1 673 139 | 1 718 314 | 17 254 728 |
| DWR | 0 | 110 970 | 191 423 | 118 759 | 122 678 | 126 604 | 130 528 | 134 444 | 138 343 | 142 217 | 146 057 | 1 362 024 |
| składki ZUS | 235 752 | 427 413 | 288 321 | 283 326 | 292 676 | 302 042 | 311 405 | 320 747 | 330 049 | 339 290 | 348 451 | 3 479 471 |
| PPK | 18 921 | 34 303 | 23 140 | 22 739 | 23 489 | 24 241 | 24 992 | 25 742 | 26 489 | 27 230 | 27 966 | 279 251 |
| % dynamiki zm. wynagr. | 1,035 | 1,035 | 1,034 | 1,033 | 1,032 | 1,031 | 1,030 | 1,029 | 1,028 | 1,027 | 1,026 | |
| Razem koszty osobowe z uwzgl. % dynamiki | 1 569 116 | 2 844 769 | 1 917 147 | 1 882 115 | 1 942 342 | 2 002 555 | 2 062 632 | 2 122 448 | 2 181 876 | 2 240 787 | 2 299 048 | 23 064 834 |
| Wydatki bieżące | 7 150 000 | 675 000 | 200 250 | 600 250 | 200 250 | 200 250 | 600 250 | 200 250 | 600 250 | 200 250 | 200 250 | 10 827 250 |
| Wydatki majątkowe | 2 433 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 233 000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 666 000 |
| Razem wydatki bieżące i majątkowe | 9 583 000 | 675 000 | 200 250 | 600 250 | 200 250 | 1 433 250 | 600 250 | 200 250 | 600 250 | 200 250 | 200 250 | 14 493 250 |
| CPI | 1,028 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | 1,025 | |
| Razem wydatki bieżące i majątkowe z uwzgl. dnieniem CPI | 9 851 324 | 691 875 | 205 256 | 615 256 | 205 256 | 1 469 081 | 615 256 | 205 256 | 615 256 | 205 256 | 205 256 | 14 884 330 |
| RAZEM (z uwzgl. % dynamiki CPI) | 11 420 440 | 3 536 644 | 2 122 403 | 2 497 371 | 2 147 599 | 3 471 636 | 2 677 888 | 2 327 704 | 2 797 133 | 2 446 043 | 2 504 304 | 37 949 164 |
| Wpływy podatkowe i składkowe | | | | | | | | | | | | |
| Podatek PIT 18% | 128 661 | 221 940 | 137 825 | 142 511 | 147 214 | 151 925 | 156 634 | 161 333 | 166 012 | 170 660 | 175 268 | 1 759 982 |
| Podatek PIT KAS 15% | 22 705 | 39 166 | 24 322 | 25 149 | 25 979 | 26 810 | 27 641 | 28 471 | 29 296 | 30 117 | 30 930 | 310 585 |
| ZUS | 248 114 | 427 996 | 265 786 | 274 822 | 283 891 | 292 976 | 302 058 | 311 120 | 320 142 | 329 106 | 337 992 | 3 394 005 |
| PFR | 18 921 | 32 638 | 20 268 | 20 957 | 21 649 | 22 342 | 23 034 | 23 725 | 24 414 | 25 097 | 25 775 | 258 821 |
| Wpływy podatkowe i składkowe | 418 400 | 721 740 | 448 201 | 463 440 | 478 733 | 494 053 | 509 368 | 524 649 | 539 864 | 554 980 | 569 965 | 5 723 993 |

1.2 Wydatki na dostosowanie SWD PRM

Według szacunków KCMRM (Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego) dotyczących niezbędnych zmian w SWD PRM w celu implementacji eKZ łącznie na realizację prac związanych z nowym zadaniem przyjęto kwotę: **300 tys. złotych brutto**. Podana kwota jest kosztem licencji w wsparciem 3 letnim, które po upływie tego terminu, wymagać będzie przedłużenia za analogiczną kwotę. Zatem należy przyjąć, że **jest to koszt cykliczny co 3 lata**.

2. Część budżetowa 85 - Wojewodowie

2.1. Funkcjonowanie urzędowego lekarza do spraw zgonów.

Urzędowy lekarz do spraw zgonów, zwany dalej „urzędowym lekarzem”, będzie wykonywał określone czynności na podstawie zawartej przez wojewodę umowy z tym lekarzem albo podmiotem wykonującym działalność leczniczą, w którym lekarz ten wykonuje zawód, albo uczelnią medyczną lub inną uczelnią prowadzącą kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, posiadającą w swojej strukturze organizacyjnej zakład medycyny sądowej, w którym lekarz ten jest zatrudniony. Wydatki związane z funkcjonowaniem urzędowego lekarza będą zatem ponoszone ze środków budżetu państwa z części 85 – Wojewodowie.

Urzędowemu lekarzowi będzie przysługiwało za każdorazowe stwierdzenie zgonu oraz sporządzenie protokołu zgonu i karty zgonu wynagrodzenie ustalone na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej, której wysokość określa ustawa budżetowa, przy uwzględnieniu mnożnika kwoty bazowej w wysokości 0,435, czyli ok. 1 200 zł, a w przypadku odstąpienia od sporządzenia karty zgonu albo karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu – w wysokości 0,290 – czyli ok. 800 zł. Odniesienie do kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej uznano za najbardziej zasadne, gdyż lekarz ten w zasadzie będzie funkcjonował w ramach urzędu wojewódzkiego, który wykonuje zadania administracji rządowej i jest obsługiwany przez korpus służby cywilnej. Natomiast przy ustalaniu wynagrodzenia urzędowego lekarza uwzględniono m.in. wysokość stawek wynegocjowanych przez wojewodów w latach 2020-2021, w związku z powoływaniem lekarzy do stwierdzania zgonów poza szpitalem osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo

zakażonych tym wirusem, w ramach zawieranych umów cywilnoprawnych, a także informacje przekazane przez wojewodów o wysokości stawek w przypadku lekarzy powoływanych przez starostów na podstawie obecnych przepisów, które średnio wynosiły ok. 900 zł (min. 370 zł – max. 3000 zł), mając jednak na uwadze, że w wielu powiatach, a także w miastach, lekarzy takich nie można było powołać z uwagi na brak chętnych. Powyższe skutkowało licznymi skargami lekarzy i osób bliskich osoby zmarłej, a także interwencjami ze strony urzędów, posłów, RPO i RPP.

Uwzględniona obecnie w projekcie ustawy wysokość stawek analizowana była w odniesieniu do stawek godzinowych lekarzy specjalistów na wolnym rynku odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych, które kształtują się w bardzo różnych granicach, średnio 200-300 zł, ale też i wyższych. Wysokość stawki zależy od specjalizacji lekarza, miejsca i rodzaju pracy, które to wymagania są ważnymi elementami wynagrodzenia.

Powyższe jest bardzo istotne dla wynagrodzenia urzędowego lekarza, gdyż jego praca i czynności, które będzie musiał wykonać, znacznie odbiegają od specyfiki pracy lekarza w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Urzędowy lekarz będzie musiał podjąć czynności niezwłocznie po uzyskaniu powiadomienia i w miejscu znalezienia zwłok i dokonać wszystkich czynności zgodnie z przepisami ustawy, w tym: dokonać oględzin zwłok, ustalić tożsamość osoby zmarłej, przeprowadzić wywiad oraz sporządzić dokumentację, również fotograficzną. W odniesieniu do powyższego za zasadne przyjęto, że wynagrodzenie urzędowego lekarza powinno być co najmniej adekwatne, do wynagrodzenia ustalonego na podstawie stawek rynkowych lekarzy specjalistów, którzy wykonują w trudnych warunkach.

Należy mieć na uwadze, że stwierdzanie zgonu oraz poprawne określanie jego przyczyny jest niezwykle istotne z punktu widzenia planowania polityki zdrowotnej państwa. Informacja o przyczynach umieralności jest najbardziej podstawowym wskaźnikiem pozwalającym na określenie sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w danym roku oraz ocenie wpływu uwarunkowań zdrowotnych na obciążenie chorobami cywilizacyjnymi. Przyczyny umieralności, obok danych o hospitalizacjach, to tzw. „najtwardszy” wskaźnik epidemiologiczny na podstawie którego określa się m.in. priorytety w planowaniu edukacji zdrowotnej, interwencji i programów prozdrowotnych, organizacji lecznictwa na różnych poziomach, inwestycje w podmiotach leczniczych.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2024 w szpitalu zmarło 213 770 osób, w innym podmiocie leczniczym 37 355, w domu 145 530 oraz w innym miejscu 11 849. Szacunkowo liczbę zgonów, co do których czynności określone w projekcie ustawy powinien podjąć urzędowy lekarz można by przyjąć w odniesieniu do zgonów w innym miejscu, a zatem ok. 12 tysięcy zgonów rocznie.

Z przeprowadzonej analizy danych przekazanych w marcu 2026 r. przez wojewodów wynika, że w 2025 r. liczba zgonów stwierdzonych przez lekarzy powołanych do tej czynności na podstawie dotychczasowych przepisów przez starostów wyniosła 6836, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że w wielu gminach czy miastach lekarz taki nie został powołany.

Uwzględniając powyższe, oraz stanowiska wyrażone w wystąpieniach wojewodów, wskazujące na nieadekwatność wykazanej liczby zgonów stwierdzonych przez powołanych lekarzy do faktycznych przypadków związanych z miejscem zgonu, ocenianych nawet na ich trzykrotność (w tym również zgony w domu, przy braku możliwości określenia czasu lub przyczyny zgonu), oraz stanowionej w projekcie ustawy regulacji o wzywaniu urzędowego lekarza na podstawie zgłoszenia takiej potrzeby przez wskazane podmioty, w tym: Policji, straży gminnej, prokuratora, Służby Więziennej, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, służb ratownictwa wodnego i górskiego, uznano za właściwe przyjęcie szacunkowej liczby zgonów, które będą wymagały podjęcia działania przez urzędowego lekarza, na poziomie 20 000 zgonów rocznie. Przyjmując zatem, że urzędowi lekarz będą właściwi do stwierdzania **ok. 20 000 zgonów rocznie** oraz **wynagrodzenie w wysokości 1 200 zł. roczny koszt wynagrodzenia urzędowych lekarzy dla wszystkich wojewodów należy określić na kwotę 24 000 000 zł., a w okresie 10 lat wyniesie 240 000 000 zł.** Należy zauważyć, że koszty te mogą ulec zmianie w przypadku, gdy urzędowy lekarz nie wykona wszystkich czynności ze względu na przekazanie zwłok do określonego podmiotu celem przeprowadzenia badań pośmiertnych, co stosownie do projektowanych regulacji skutkuje mniejszym wynagrodzeniem. Obecnie nie jest jednak możliwe wskazanie w ilu przypadkach badania pośmiertne będą przeprowadzane na wniosek urzędowego lekarza, a w ilu na wniosek innej osoby zobowiązanej do stwierdzenia zgonu. Niemniej jednak należy mieć na uwadze, że urzędowemu lekarzowi będzie przysługiwał również zwrot kosztów używania pojazdu prywatnego do celów realizacji przypisanych mu czynności.

Ponadto w kosztach funkcjonowania urzędowego lekarza należy uwzględnić wynagrodzenie za każdą pełną godzinę pozostawiania w gotowości, pod wskazanym przez siebie numerem telefonu, do podjęcia realizacji właściwych czynności, w wysokości określonej w projekcie ustawy na kwotę 50 zł. Na podstawie powyższych założeń można przyjąć, że średnia dzienna liczba zgonów, do których może być dysponowany urzędowy lekarz będzie wynosiła dla jednego województwa ok. 4. Przyjmuje się, że średnio w każdym województwie codziennie powinno pozostawać w gotowości co najmniej 2 urzędowych lekarzy. Czas pozostawiania w gotowości należy pomniejszyć o czas wykonywania czynności stwierdzania i dokumentowania zgonu, za który przysługuje wynagrodzenie, tj. ok. 4

godzin/1 zgon. A zatem licząc 2 zgony dziennie to czas wykonywania tych czynności będzie wynosił ok. 8 godzin, zatem czas pozostawiania w gotowości przez jednego lekarza będzie wynosił 16 godzin na dobę, co daje 800 zł, a w skali miesiąca – 24 000 zł natomiast w skali roku 288 000 zł. W odniesieniu do 2 lekarzy w skali miesiąca będzie to 48.000 zł, natomiast w skali roku 576 000 zł. a w okresie 10 lat wyniesie 5 760 000 zł. **Dla 16 województw koszt pozostawiania w gotowości urzędowych lekarzy wyniesie – w skali roku 9 216 000 zł, a w okresie 10 lat – 92 160 000 zł.** Obecnie jest możliwe jedynie podanie przybliżonych kosztów, ponoszonych z wykonywaniem powyższych czynności z uwagi na niewiadomą liczbę zgonów w danym roku w różnych okolicznościach i miejscach, a także mając na uwadze możliwość wzywania urzędowego lekarza również w trudnych przypadkach zgonów domowych. Ponadto nie jest możliwe i zasadne określanie liczby urzędowych lekarzy powoływanych na obszarze danego województwa, ani wskazywanie czynników, które miałyby mieć wpływ na działania podejmowane przez wojewodę w określonym zakresie. Jak wynika z regulacji przy powoływaniu urzędowego lekarza istotną będzie m.in. realizacja zadań w zakresie stwierdzania zgonów przez wyznaczone ustawowo podmioty.

2.2 Badania pośmiertne zlecone w przypadku zgonów w innych miejscach niż w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń leczniczych.

Wydatki związane przeprowadzeniem badań pośmiertnych zwłok przywiezionych do zakładu medycyny sądowej albo prosektorium szpitala, w przypadkach innych niż objęte postępowaniem karnym, obejmujące wykonanie czynności takich, jak wobec zwłok pacjenta zmarłego w szpitalu, w tym koszty przechowania zwłok w czasie do 72 godzin, będą ponoszone przez wojewodów w przypadku zgonów pozaszpitalnych, jeżeli osoba zobowiązana do stwierdzenia zgonu będzie miała uzasadnione wątpliwości w kwestii przyczyny zgonu i rozbieżności w ocenie czasu czy okoliczności zgonu, a prokurator odstąpił od podjęcia postępowania karnego.

Przyjmując średnią wysokość opłat za przechowanie zwłok pacjenta określaną w regulaminach organizacyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz finansowanie czynności wykonywanych przez biegłych sądowych w zakresie sekcji zwłok, a także sporządzenie karty zgonu szacuje się, że jednostkowe koszty tych działań wyniosą ok. 1000 zł.

Zgodnie z danymi GUS, w 2024 r. na 408 504 zgonów 145 530 miały miejsce w domu, a 11 849 w „innym miejscu” (poza szpitalem, podmiotem leczniczym wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne innym niż szpital oraz domem), w 6619 przypadkach zgonów w innym miejscu karta zgonu uwzględnia wyniki badań pośmiertnych. Spośród nich w 5307 przypadków przyczyny zgonu sklasyfikowano jako „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu” lub „Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej”, a zatem należy przyjąć, że te badania pośmiertne były wykonane na zlecenie prokuratora.

W przypadku zgonów w domu, pomimo wielokrotnie większej ich liczby, jedynie w 5815 przypadków karta zgonu uwzględnia wyniki badań pośmiertnych. Spośród nich 3469 przypadków przyczyny zgonu sklasyfikowano jak powyżej, co oznacza, że badania pośmiertne były zlecone również przez prokuratora. Mając powyższe na uwadze należy zatem przyjąć, że tylko w 2346 przypadkach rocznie zasadne było przeprowadzenie badań pośmiertnych, które byłyby objęte finansowaniem wojewody. A zatem przyjmując wskazany powyżej jednostkowy koszt realizacji w wysokości 1000 zł, **w skali roku koszty zleconych badań pośmiertnych wyniosłyby ok. 2 346 000 zł, a w okresie 10 lat 23 460 000 zł.**

2.3 Realizacja zadań – koszty dotyczące czynności urzędów wojewódzkich.

Na wstępie należy wskazać, że wszystkie zadania przypisane do realizacji wojewodzie na podstawie projektu ustawy są zadaniami nowymi, które dotychczas pozostawały poza regulacjami prawa powszechnie obowiązującego albo ich regulacje od lat nie przystają do aktualnego systemu funkcjonowania nie tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ale również organów administracji publicznej. Realizacja tych zadań obecnie odbywa się w sposób częściowy i niejednolity, powodując obciążenia finansowe, co do których brak jest wskazania właściwych podmiotów czy organów. W takim stanie prawnym i faktycznym bardzo trudne jest przeprowadzenie rzetelnej i wiarygodnej analizy dotyczącej dodatkowych obciążeń w odniesieniu do zadań, które obecnie będą realizowane przez wojewodów. W szczególności wynika to z faktu, że nie jest możliwe rzetelne oszacowanie prognozowanej rocznej liczby zgonów w poszczególnych województwach, w odniesieniu do których czynności w sprawie stwierdzenia zgonu podejmował będzie urzędowy lekarz, czy w ilu przypadkach zostanie zlecone badanie pośmiertne w przypadku zgonu innego niż w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń leczniczych. Należy przyjąć, że zadania wojewodów będą obejmowały w szczególności czynności związane z:

- 1) procedurą zawierania umów z urzędowymi lekarzami oraz zawarcie takich umów z odpowiednią liczbą lekarzy pozostających do dyspozycji przez 24 godziny do przeprowadzenia czynności stwierdzenia zgonu i sporządzenia odpowiedniej dokumentacji na obszarze danego województwa w przypadkach określonych w projektowanej ustawie,

- 2) obsługą przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego wezwań urzędowego lekarza na zgłoszenie dokonane przez wskazane w projektowanej ustawie podmioty na numer telefonu udostępniony przez właściwego wojewodę przez 24 godziny na dobę przez cały rok,
- 3) zawieraniem umowy z uczelnią posiadającą zakład medycyny sądowej lub ze szpitalem posiadającym zakład patomorfologii, regulującej warunki i sposób finansowania oraz tryb przekazywania środków w związku z przyjmowaniem i przechowywaniem zwłok w celu przeprowadzenia badań pośmiertnych, w przypadku zlecenia takich badań w innych okolicznościach niż zgon pacjenta w szpitalu czy w innym podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych,
- 4) koordynowaniem przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego czynności związanych z przewozem zwłok w przypadku zgonu w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego albo w środku transportu sanitarnego lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo w innym statku powietrznym będącym na wyposażeniu podmiotu leczniczego.

Uwzględniając powyższe oraz informacje przekazane przez wojewodów w związku z przeprowadzoną oceną w zakresie skutków tych regulacji należy przyjąć poniższe potrzeby oraz ich skutki finansowe w skali kraju, będące średnią wyliczoną na podstawie zgłoszeń przekazanych przez wszystkie urzędy wojewódzkie.

1. Etaty dla urzędu wojewódzkiego ogółem:

- 1) zgłoszone zapotrzebowanie:
 - a) liczba etatów – od 1 do 5 etatów
 - b) wynagrodzenie miesięczne wraz z pochodnymi - min. 8 190 zł – max. 13 066 zł
 - 2) przyjęto do wyliczenia OSR:
 - a) liczba etatów – średnio 2 etaty dla urzędu wojewódzkiego
 - b) wynagrodzenie miesięczne wraz z pochodnymi - 10 928 zł – tj. rocznie – **131 136 zł.**
- 2. Dodatek zadaniowy dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego:**
- 1) zgłoszone zapotrzebowanie - min. 1 500 zł – max. 2 000 zł miesięcznie
 - 2) przyjęto do wyliczenia OSR średnio miesięcznie – 1 750 zł – tj. rocznie - **21 000 zł.**

Ogółem rocznie dla jednego województwa - 152 136 zł.

Ogółem rocznie dla 16 województw - 2 434 176 zł.

(bez kosztu jednorazowego w pierwszym roku)

3. Koszt jednorazowy urzędu utworzenia jednego stanowiska pracy (zestawy komputerowe

z monitorem i oprogramowaniem, urządzenie wielofunkcyjne z tonerem, telefony, meble biurowe):

- a) zgłoszone zapotrzebowanie - ogółem: min. 17 000 zł - max. 41 000 zł
 - b) przyjęto do wyliczenia OSR średnio **jednorazowy koszt dla jednego województwa w pierwszym roku** - **29 000 zł**
- Jednorazowy koszt dla 16 województw - 464 000 zł**

Ogółem – pierwszy rok koszt dla 16 województw - 2 898 176 zł

OGÓLEM ROCZNE KOSZTY DLA WOJEWÓDÓW:

- | | |
|---|-----------------|
| 1) wynagrodzenie urzędowego lekarza | - 24 000 000 zł |
| 2) pozostawanie w gotowości urzędowego lekarza | - 9 216 000 zł |
| 3) badania pośmiertne na zlecenie | - 2 346 000 zł |
| 4) etaty i inne koszty urzędów wojewódzkich – 1 rok | - 2 898 176 zł |

Ogółem - 38 460 176 zł

3. Części budżetowa 21 – gospodarka morska

Z uwagi na przypisanie Morskiej Służbie Poszukiwania i Ratownictwa głównej roli w zakresie podejmowania zwłok i szczątków ludzkich z wód obszarów morskich Rzeczypospolitej Polskiej – przewiduje się doposażenie tej służby w pojemniki do podejmowania i transportu zwłok znalezionych w morzu oraz kombinezony chemoodporne z możliwością dezynfekcji dla ratowników. **Jest to jednorazowy wydatek inwestycyjny wynoszący ok. 600 tys. zł.**

W związku z tym brak jest skutków finansowych dla budżetu państwa na lata 2028–2037.

Wydatki będą pokryte z części 21 budżetu państwa (gospodarka morska) – określone zadania będą podstawą do ubiegania się o dodatkowe środki.

4. Wydatki związane z przygotowaniem systemów informatycznych przez Ministerstwo Cyfryzacji (dostosowanie Rejestru Stanu Cywilnego).

Realizacja prac w obszarze rejestru stanu cywilnego związanych z implementacją zmian

przewidzianych w projekcie ustawy przewidziana jest w roadmapie prac Systemu Rejestrów Państwowych na lata 2028 i 2029.

Szacowany koszt prac wyniesie **11 930 000, 00 zł brutto**.

Szacunki oparte zostały na wycenie przygotowanych na podstawie projektu ustawy wymagań biznesowych i obejmują wycenę poszczególnych ról projektowych w MD (manday) tj. pracochłonności wynikającej z dni pracujących dla danej roli projektowej realizującej zmiany. Liczba MD została przeliczona przez średnią stawkę podmiotu realizującego zmiany (COI) dla wszystkich ról.

Obszar analizy biznesowej został określony na 740 MD

Development backend 1400 MD oraz frontend 700 MD

Testy – 900 MD

Bezpieczeństwo – 100 MD

Operacje (m.in. RM, administratorzy) – 250 MD

Biznes (m.in. kierownik projektu, PMO, product owner) - 748 MD

Wsparcie projektu (m.in. szkolenia) – 150 MD.

Wpływ na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

W odniesieniu do ewentualnych skutków finansowych dotyczących budżetów powiatów należy wskazać, iż projektowana regulacja nie będzie miała negatywnych skutków dla budżetów powiatów.

Należy zwrócić uwagę, że obecnie zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych w przypadkach, kiedy stwierdzenie zgonu nie jest możliwe przez „lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie”, powiaty zobowiązane są do powołania do tego zadania innej osoby. W świetle informacji przekazanych przez wojewodów wskazać należy, że łączna liczba zgonów w 2025 r., które stwierdzone zostały przez lekarzy powołanych do tej czynności przez starostów na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych to 6836 i powiaty poniosły z tego tytułu koszty w wysokości 4 686 535 zł. zauważyć, A zatem wprowadzenie instytucji urzędowego lekarza finansowanej ze środków budżetu państwa, znieśie z powiatów zarówno koszty, jak i wysiłek organizacyjny związany ze stwierdzaniem zgonu m.in. w przypadku zgonów w miejscach publicznych.

W odniesieniu do zadania powiatu obejmującego zorganizowanie i finansowanie przewozu zwłok do zakładu medycyny sądowej lub prosektorium szpitala w celu przeprowadzenia badań pośmiertnych – należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 13 obowiązującej ustawy zwłoki osób zmarłych lub zabitych w miejscach publicznych, na wniosek właściwego organu, przewozi się do zakładu medycyny sądowej albo najbliższego szpitala mającego prosektorium – a za organizację odpowiada powiat. W przeciwieństwie do obecnie obowiązujących przepisów, projektowane zawierają wiele wyjątków nie rozszerzających zakresu odpowiedzialności powiatów, lecz go zawężających:

- 1) wyłączenie explicite związane z przypadkami, kiedy oględzin i otwarcia zwłok dokonuje się na podstawie art. 209 Kodeksu postępowania karnego;
- 2) umożliwienie stwierdzania zgonów i ze wskazaniem przyczyny zgonu przez kierowników zespołów ratownictwa medycznego, w trakcie prowadzonej akcji ratowniczej –
- 3) wprowadzenie możliwości wykonania sekcji zwłok na zlecenie (i na koszt) opiekuna faktycznego lub osoby bliskiej zmarłego – co zmniejszy liczbę przypadków, w których koszty transportu musi pokryć powiat, z uwagi zlecenia sekcji w wyniku presji osób bliskich zmarłego;
- 4) wprowadzenie instytucji urzędowego lekarza prawdopodobnie zmniejszy liczbę wykonywanych badań pośmiertnych, gdyż w przypadku wątpliwości lekarza stwierdzającego zgon, co do przyczyny zgonu, będzie on mógł wezwać urzędowego lekarza.

Ponadto projekt ustawy nie wpływa na przesłanki, co do zasadności wykonywania badań pośmiertnych, które powinny wynikać z oceny lekarza, a w przypadku zlecenia przez osoby bliskie zmarłego pozostaje poza zadaniami powiatu.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2024 r. na 408 504 zgonów 145 530 miały miejsce w domu, a 11 849 w „innym miejscu” (poza szpitalem, podmiotem leczniczym wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne innym niż szpital oraz domem). W odniesieniu do „innych miejsc” można je w przybliżeniu utożsamiać z miejscami publicznymi, a więc za transport zwłok z tych miejsc już obecnie są odpowiedzialne powiaty. Spośród 11 849 zgonów w innych miejscach przyczyny zgonu sklasyfikowano jako zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu - 5805, w tym:

| | |
|---|--------|
| wypadki komunikacyjne | - 2000 |
| Upadki | - 598 |
| wypadkowe zanurzenie i tonięcie | - 413 |
| narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni | - 82 |

| | |
|--|--|
| | <p>wypadkowe zatrucie i narażenie na działanie substancji szkodliwych - 182</p> <p>zamierzone samookaleczenie - 1281</p> <p>przestępstwo - 103</p> <p>wszystkie inne zewnętrzne przyczyny - 1146</p> <p>- co do których decyzje o ewentualnym zleceniu badania pośmiertnego podejmuje prokurator.</p> <p>Mając powyższe na uwadze należy zatem przyjąć, że tylko w 6044 przypadkach rocznie można rozważać, że byłaby konieczność wykonać transport zwłok do prosektorium albo zakładu medycyny sądowej. Natomiast nie jest możliwe określenie ewentualnej przewożonych zwłok osób zmarłych w domu skierowanych na badania pośmiertne.</p> <p>Natomiast odnosząc się do zadania powiatu obejmującego przewóz zwłok w przypadku zgonu albo martwego urodzenia w środku transportu sanitarnego lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo innym statku powietrznym będącym na wyposażeniu podmiotu leczniczego – należy wskazać, że zgodnie z dostępnymi danymi Lotniczego Pogotowia Ratunkowego rocznie miało miejsce zaledwie 6 zgonów podczas transportu lotniczego.</p> <p>Przyjmując, że koszt transportu zwłok wynosi od 3 do 5 zł za kilometr (wg cenników firm pogrzebowych) to w obrębie powiatu może on wynieść nie więcej niż ok. 500 zł oraz biorąc pod uwagę wydatki powiatów związane ze stwierdzeniem zgonu przez powołanego lekarza, które jak wskazano wyżej wyniosły w 2025 r. 4 686 535 zł, należy przyjąć, iż koszty realizacji zadania w zakresie określonym w projektowanej ustawie nie spowodują wzrostu w odniesieniu do obecnych wydatków obciążających powiaty.</p> |
|--|--|

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

| | | Skutki | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|----|----------------|
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | Łącznie (0-10) |
| W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.) | duże przedsiębiorstwa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych. | | | | | | |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | |
|--|--|

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

| | |
|--|---|
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | <input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input checked="" type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności. | <input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

Komentarz:

Przepisy projektowanej ustawy obejmują wprowadzenie spójnych systemowo regulacji odnoszących się do karty zgonu, karty urodzenia oraz karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, które to dokumenty będą stanowiły elektroniczną dokumentację medyczną.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji w zakresie urodzeń i zgonów przyczyni się również do zmniejszenia ryzyka pozyskania danych medycznych przez osoby nieuprawnione oraz lepszej jakości danych w tym zakresie i ich szybsze opracowanie na potrzeby statystyki publicznej.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie mieć wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | <input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne: | <input checked="" type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie |
|--|--|---|

| | |
|------------------|---|
| Omówienie wpływu | <p>Opracowanie projektu ustawy przyczyni się do uregulowania m.in. stwierdzania zgonu, ustalania jego przyczyny oraz podejmowania decyzji o wykonaniu badania pośmiertnego w przypadkach, gdy zgon nastąpił poza szpitalem, wydawania i funkcjonowania karty zgonu, karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, a także karty urodzenia oraz finansowania zadań związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów, w sposób kompleksowy, co zapewni ich przejrzystość i czytelność.</p> <p>Jednocześnie organy państwa uzyskiwać będą dane dotyczące przyczyn zgonów – lepszej jakości i szybciej, co będzie miało pozytywny wpływ na zarządzanie ochroną zdrowia, a także tworzenie aktualnych polityk zdrowotnych.</p> <p>Wprowadzone regulacje pozwolą również lepiej wykorzystać istniejące zasoby danych medycznych, osobowych i epidemicznych z ograniczeniem ich ponownego pozyskiwania.</p> |
|------------------|---|

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Planowane jest, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lutego 2027 r., z wyjątkiem regulacji odnoszących się do funkcjonowania w formie elektronicznej karty urodzenia, karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu i karty zgonu oraz przekazywania danych objętych tymi kartami w ramach odpowiednich systemów teleinformatycznych, które mają wejść w życie z dniem określonym w komunikacie określającym dzień wdrożenia rozwiązań technicznych umożliwiających wystawianie w postaci elektronicznej karty urodzenia, karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu i karty zgonu oraz przekazywanie danych objętych tymi kartami, wydanym przez ministra właściwego do spraw informatyzacji w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Efekty projektowanych rozwiązań będą natychmiastowe po ich wejściu w życie i nie wymagają pomiarów. Regulacja ma na celu usunięcie obecnych, archaicznych przepisów i wprowadzenie rozwiązań dostosowanych do obecnych uwarunkowań prawnych i faktycznych.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak