

Nazwa projektu

Ustawa o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Pani Katarzyna Kęcka Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Pani Anna Baumann-Popczyk, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego, e-mail: dep-zp@mz.gov.pl

Data sporządzenia

3.10.2025 r.

Źródło:

Inicjatywa własna

Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych RM:

UD 234

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 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) 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 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 obowiązuje osobę stwierdzającą zgon. 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, tym zasad finansowania powyższych czynności.

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, wniosek właściwego organu, do zakładu medycyny sądowej, a w razie jego braku na obszarze powiatu - najbliższego szpitala mającego prosektorium, celem ustalenia przyczyny zgonu. Organizowanie tego przewozu należy do zadań powiatu.

W tym zakresie przepisy tej ustawy odsyłają do aktów podstawowych w drodze 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 koronerów, zasad ustalania przyczyn zgonów, przeprowadzania badań pośmiertnych, dokumentowania i rejestrowania zgonów oraz zasad finansowania zadań związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów, a także obiegu dokumentów sporządzanych w szczególności w formie elektronicznej.

Ponadto projekt ustawy uwzględnia odrębności w procedurze stwierdzania zgonu oraz sporządzania dokumenta 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 informacyjnych.

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. W tym 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 tych regulacji, tak aby uwzględniały wskazane zagadnienia w sposób kompleksowy, z odniesieniem 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 ramach działalności leczniczej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, tj.: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, innego lekarza udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, hospicjum domowego albo zespołu długoterminowej opieki domowej, kierownika zespołu ratownictwa medycznego, uprawnionego lekarza, ratownika medycznego albo pielęgniarkę systemu ratownictwa medycznego, a także koronera działającego na podstawie umowy zawartej z wojewodą;
- 3) regulacje dotyczące funkcjonowania koronera, w tym sposób podejmowania postępowania w miejscu znalezienia zwłok na wezwanie osób zobowiązanych do stwierdzenia zgonu, w szczególności w przypadku wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu, a także na wezwanie wskazanych w projektowanych przepisach służb i podmiotów innych niż podmioty wykonujące działalność leczniczą, zakres wykonywanych czynności oraz prowadzenia dokumentacji, a także warunków jakie musi spełniać lekarz posiadający prawo do wykonywania czynności koronera, w tym zawieranie z wojewodą umowy o wykonywanie czynności koronera;
- 4) zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w innych miejscach niż w podmiocie udzielającym stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych (szpital, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy) oraz środkach transportu sanitarnego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, oraz przewozu zwłok w zakładach medycyny sądowej albo prosektorium wskazanego szpitala;
- 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 w 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 określania przyczyn zgonu, w tym nadawania kodów zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 9) zasady finansowania określonych zadań realizowanych w ramach czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów.

Wprowadzenie elektronizacji procedur związanych z dokumentowaniem zgonów przyczyni się do mniejszej uciążliwości procedur zarówno dla pracowników wykonujących zawody medyczne, organów administracji publicznej, jak i obywateli. Ponadto projektowane przepisy będą obejmowały procedury związane z postępowaniem wobec zwłok osób zmarłych w innych miejscach niż w podmiotach leczniczych, w tym w miejscach publicznych, środkach transportu sanitarnego, które to zagadnienia obecnie nie znajdują odpowiedniego uregulowania. Jednym z zasadniczych celów rekomendowanych rozwiązań jest uregulowanie zagadnień związanych z funkcjonowaniem lekarza koronera właściwego w przypadku konieczności stwierdzania zgonu osoby w sytuacji trudności we wskazaniu lekarza leczącego, który byłby zobowiązany do stwierdzenia zgonu lub konieczności dokonania czynności i ustaleń związanych ze zgonem, wymagających specjalistycznej wiedzy.

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 będą stanowiły elektroniczną dokumentację medyczną.

Efektom 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.

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 przyczyn 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 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, 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, a podejrzać, 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 koronerowi, 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 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 dotychczasowym zatrudnieniem zmarłego, jakkolwiek dawno temu;
- 13) zgon nastąpił podczas lub w ciągu 14 dni po operacji lub procedurze klinicznej. Obejmuje to zgony, które 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 doświadczonego 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 (Zasady 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

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; ograniczenie wizyt w urzędach
urzędy stanu cywilnego	2 255	dane ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	zmiana w sposobie funkcjonowania, stosowanie nowych regulacji prawnych
lekarze oraz osoby uprawnione do stwierdzania zgonu i jego przyczyny	113 756	rejestr lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzony przez Naczelną Radę Lekarską	dostosowanie do nowych regulacji prawnych, określenie lekarzy i osób zobowiązanych do stwierdzenia zgonu i sporządzenia odpowiednich dokumentów
lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny sądowej	198	rejestr lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzony przez Naczelną Radę Lekarską (Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji) stan na dzień 30 września 2024 r.	dostosowanie do nowych regulacji prawnych, w tym prawo do wykonywania czynności lekarza uprawnionego do stwierdzania zgonu (koronera)
ratownicy medyczni	15 498	z g o d n i e z i n f o r m a c j a m i zamieszczonymi w Biuletynie Statystycznym Ministra Zdrowia z 2023 r. (stan na 2022 r.) Tabela 2.2.1.	stwierdzanie zgonu osoby w trakcie prowadzonej akcji medycznej
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	pokrywanie wynagrodzenia koronera i kosztów dojazdu do miejsca wezwania, ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda oraz kosztów z w i ą z a n y c h 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 oraz prowadzenie wykazu koronerów

organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej	345	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	szybsze i łatwiejsze pozyskiwanie informacji statystycznych, w szczególności o przyczynach zgonów; konieczność dostosowania się do zmian prawnych i technicznych w zakresie obiegu informacji

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 ramach projektów ustaw kierowanych w poprzednich latach do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania, a tak do opinii Rady Legislacyjnej.

Projekt ustawy został 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 Rodzinnych 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;

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2024 r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]										
		2027	2028	2029	2030	2032	2032	2033	2034	2035	2036	Łączni e (0-10)
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem		73,5	65,1	63,8	64,6	63,8	65,1	64,7	63,9	64,4	64,3	653,2
budżet państwa		73,5	65,1	63,8	64,6	63,8	65,1	64,7	63,9	64,4	64,3	653,2
JST		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem		73,5	65,1	63,8	64,6	63,8	65,1	64,7	63,9	64,4	64,3	653,2
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Projekt ustawy spowoduje wydatki lub zmianę wydatków dla budżetu państwa:											
	1) z części 46 – Zdrowie oraz z części 85 - Wojewodowie w zakresie stwierdzania i dokumentowania zgonów innych niż w podmiotach leczniczych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych; 2) z części 46 – Zdrowie 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); 3) z części 46 – Zdrowie na dostosowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM); 4) z części 21 – Gospodarka morską na nowe zadania Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Koszty związane z realizacją zadań w zakresie ochrony zdrowia od 2027 r. będą pokrywane corocznie w ramach środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) w tym z rezerw celowych, z jednoczesną koniecznością zwiększenia limitu na wynagrodzenia.											

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wydatki ogółem określone w tabeli w pkt 6 (w okresie 10 lat) będą wynosiły ok 653,2 mln zł, tym: 1) ok 617,0 mln zł wydatki związane ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów pokrywane budżetu państwa w wysokości ok 440 mln zł w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a ok 177 mln zł w ramach umów z wojewodą; 2) ok 35,0 mln zł wydatki ponoszone przez Centrum e-Zdrowia (CeZ); 3) ok 1,2 mln zł wydatki ponoszone przez System Wspomagania Dowodzenia Państwowej Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Wydatki związane ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonu innych niż w podmiotach leczniczych udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych Wydatki związane z wykonywaniem czynności stwierdzania zgonu przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, innego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w podmiocie wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach hospicjum domowej albo zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, oraz lekarza udzielającego świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej uwzględnia się w wysokości środków przeznaczanych na finansowanie działalności leczniczej odpowiednich podmiotów. Osobom tym przysługiwałoby wynagrodzenie w przypadku: 1) stwierdzania zgonu i sporządzania karty zgonu w wysokości ustalonej na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej, której wysokość określa ustawa budżetowa, przy uwzględnieniu mnożnika kwoty bazowej w wysokości 0,082 czyli ok. 226 zł; 2) przeprowadzenia tylko czynności z zakresu stwierdzania zgonu – w wysokości ustalonej na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej, której wysokość określa ustawa budżetowa, przy uwzględnieniu mnożnika kwoty bazowej w wysokości 0,041, czyli ok. 113 zł. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2024 w szpitalu zmarło 213 731 osób, innym podmiocie leczniczym 37 343, w domu 146 755 oraz w innym miejscu 10 675 – a zatem biorąc pod uwagę zgony w domu, w innym miejscu oraz w innym niż szpital podmiocie leczniczym (tj. licząc zgony - 194 773), wydatki związane ze stwierdzaniem zgonu i sporządzeniem karty zgonu mogą wynieść ok. 44,0 mln zł (194 773 x 226 zł.) w pełnym roku budżetowym i będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ze środków budżetu państwa będą ponoszone wydatki związane z działalnością koronerów: konsultacjami specjalistów w dziedzinie medycyny sądowej oraz przeprowadzaniem badań pośmiertnych, w przypadku zgonów pozaszpitalnych jeżeli zaistnieją uzasadnione wątpliwości w kwestii przyczyny zgonu i rozbieżności w ocenie czasu czy okoliczności zgonu, a prokurator odstąpi od podjęcia postępowania karnego. Koronerowi będzie przysługiwało za każdorazowe stwierdzenie zgonu oraz sporządzenie protokołu zgonu i karty zgonu wynagrodzenie (na podstawie umowy cywilnoprawnej 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 – wysokości 0,290 – czyli ok. 800 zł. Podane stawki uwzględniają podatek VAT. Przy ustalaniu wynagrodzenia koronera należało mieć na uwadze wysokość stawek wynegocjowanych przez wojewodów w latach 2020-2021, w związku z powoływaniem lekarzy do stwierdzania zgonów po szpitalach osób podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo zakażonych tym wirusem, w ramach zawieranych umów cywilnoprawnych. Ponadto obecnie stawki te analizowane były 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 koronera, gdyż jego praca i czynności, które będzie musiał wykonać, znacznie odbiegają od specyfiki pracy lekarza w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Koroner będzie musiał podjąć czynności niezwłocznie po uzyskaniu powiadomienia i w miejscu znalezienia zwłok, w czasie 4 godzin, 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 koronera 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 i obciążenie chorobami cywilizacyjnymi. Przyczyny umieralności, obok danych o hospitalizacjach, tzw. „najtwardszy” wskaźnik epidemiologiczny na podstawie którego określa się m.in. priorytety planowania edukacji zdrowotnej, interwencji i programów prozdrowotnych, organizacji lecznictwa na różnych poziomach, inwestycje w podmiotach leczniczych. Mając na uwadze liczbę zgonów w innym miejscu niż szpital tj. ok. 11 tys. x 1 200 zł wynagrodzenia koronera oraz sporządzenia protokołu zgonu
--	--

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz 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).	tak nie nie dotyczy
zmniejszenie liczby dokumentów zmniejszenie liczby procedur skrócenie czasu na załatwienie sprawy inne:	zwiększenie liczby dokumentów zwiększenie liczby procedur wydłużenie czasu na załatwienie sprawy inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczacji.	tak nie nie dotyczy
Komentarz: Wprowadzenie elektroniczacji procedur związanych z dokumentowaniem zgonów przyczyni się do mniejszej uciążliwości procedur zarówno dla pracowników wykonujących zawody medyczne, organów administracji publicznej jak i obywateli. 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 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	
środowisko naturalne sytuacja i rozwój regionalny sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	demografia mienie państwowe inne: informatyzacja zdrowie
Omówienie wpływu	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. 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. Wprowadzone regulacje pozwolą również lepiej wykorzystać istniejące zasoby danych medycznych, osobowych i epidemicznych z ograniczeniem ich ponownego pozyskiwania.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Planowane jest, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 1 lutego 2027 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Efekty projektowanych rozwiązań będą natychmiastowe 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.	