

STANOWISKO Nr 122/19/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 grudnia 2019 r.

**w sprawie projektu ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu
i rejestracji zgonów**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, po zapoznaniu się z projektem ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów, przekazanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2019 r., znak: ZPM.0212.15.2019.AO, pozytywnie ocenia zamiar uregulowania w jednym akcie prawnym tematyki stwierdzania, dokumentowania i rejestracji zgonu. Pozytywnie należy także ocenić wprowadzenie instytucji koronera oraz wynagradzania lekarzy stwierdzających zgon, sporządzających protokół zgonu lub kartę zgonu, o co samorząd lekarski wielokrotnie apelował.

Odnosząc się natomiast do projektowanych przepisów ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza następujące uwagi szczegółowe:

1. W art. 3 ust. 2 pkt 5 lit. a projektu ustawy sprzeciw budzi przyznanie każdemu kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego, a więc również niebędącemu lekarzem, prawa stwierdzenia zgonu. Na podstawie art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, z późn. zm.) kierownikiem zespołu podstawowego ratownictwa medycznego może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu. O ile niepodjęcie medycznych czynności ratunkowych i stwierdzenie zgonu w sytuacji pewnych objawów śmierci może być uzasadnione, o tyle stwierdzenie zgonu w trakcie prowadzenia czynności ratunkowych, powinno być potwierdzone badaniami i doświadczeniem lekarza. Należy też zwrócić uwagę na pewną niespójność pomiędzy uzasadnieniem projektu ustawy w części odnoszącej się do tego przepisu, a jego brzmieniem w projekcie ustawy. W uzasadnieniu do projektu wskazano, że uprawnionymi do stwierdzenia zgonu będzie lekarz specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego albo ratownik medyczny podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, podczas gdy kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 projektu ustawy, w podstawowym zespole ratownictwa medycznego może być również pielęgniarka/pielęgniarz systemu.

2. Art. 2 ust. 2 wskazuje podmioty i sytuacje, w których te podmioty są właściwe do stwierdzenia zgonu. Takie uprawnienia mają: m.in. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad osobą, której zgon ma być stwierdzony, lekarz z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w której zgon ma być stwierdzony, ale także lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, czy lekarz sprawujący opiekę medyczną w podmiocie innym niż podmiot leczniczy. Proponowane określenie lekarzy właściwych do stwierdzenia zgonu wydaje się nie rozstrzygać sytuacji kolizyjnych, które mogą się pojawić np. w sytuacji gdy nastąpi zgon pacjenta w podmiocie innym niż podmiot leczniczy a pacjent pozostawał pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będącego świadczeniodawcą udzielającym świadczeń na obszarze gminy, na obszarze której znajdował się podmiot, w którym pacjent przebywał. Wydaje się, że projektowane przepisy należałoby uzupełnić o przepisy, które rozstrzygałyby zasady ustalania właściwości lekarza w tego rodzaju sytuacjach określając kolejność, w jakiej należy szukać osoby uprawnionej do stwierdzenia zgonu.
3. Projekt ustawy nie przewiduje jaka jest wzajemna relacja między obowiązkami lekarza udzielającego w danej chwili świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ, a obowiązkiem stwierdzenia zgonu zgodnie z przepisami projektowanej ustawy. Wskazane jest doprecyzowanie projektowanych przepisów w zakresie sposobu postępowania w przypadku zaistnienia konfliktu w realizacji tych obowiązków.
4. W art. 3 ust. 3 projektu ustawy określono przypadki, w których stwierdzenie zgonu dokonane przez lekarza lub kierownika zespołu ratownictwa medycznego wymaga potwierdzenia przez coronera. Niezrozumiała jest konieczność potwierdzania przez coronera stwierdzenia zgonu dokonanego przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jak i lekarza sprawującego opiekę medyczną w podmiocie innym niż podmiot leczniczy oraz wyłączenie w tych przypadkach, na podstawie art. 9 ust.1 projektu ustawy, możliwości wystawienia karty zgonu przez lekarza stwierdzającego zgon.
5. Z uwagi na brzmienie art. 7 pkt 2 projektowanej ustawy, w art. 6 ust. 3 pkt 4 po wyrazach: „lub właściwego powiatowego inspektora sanitarnego”, należy dodać wyrazy: „albo państwowego granicznego inspektora sanitarnego”. Analogiczna uwaga odnosi się do art. 6 ust. 4 pkt 4 projektowanej ustawy.

6. W art. 9 ust. 2 zdanie drugie określono miejsce, do którego przewozi się zwłoki jeżeli osoba uprawniona do sporządzenia karty zgonu wnioskuje o przeprowadzenie badań pośmiertnych, wskazując m. in. prosektorium szpitala, jeżeli to możliwe najbliższego miejscu wydania zwłok. Wątpliwości budzi co należy rozumieć pod pojęciem „miejsce wydania zwłok”. Wydaje się, że powinno to być prosektorium, o ile to możliwe najbliższe miejscu, w którym dokonano stwierdzenia zgonu.
7. Proponujemy doprecyzowanie art. 13 ust. 1 pkt 1 projektu ustawy poprzez dodanie, że koronerem może być lekarz, który posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i prawo to nie zostało w żaden sposób ograniczone ani zawieszane. Należy wskazać, że na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537) oraz ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) organy samorządu lekarskiego mogą zawiesić lekarzowi prawo wykonywania zawodu lub ograniczyć go w wykonywaniu określonych czynności medycznych (np. art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 77 i 83 ustawy o izbach lekarskich). Ponadto lekarz może zostać ograniczony w wykonywaniu zawodu w toku postępowania przygotowawczego lub sądowego tytułem środka zapobiegawczego lub zabezpieczającego na podstawie przepisów Kodeksu postępowania karnego. Takie uregulowanie warunków pełnienia funkcji koronera będzie także zgodne z art. 15 ust. 3 projektu ustawy, który przewiduje obowiązek okręgowej rady lekarskiej informowania wojewody m.in. o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu i ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych.
8. Wątpliwości budzi regulacja zakazująca wykonywania czynności koronera przez lekarza, wobec którego jest prowadzone postępowanie: o przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe; związane z niedostatecznym przygotowaniem zawodowym; w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia. Zakaz taki powinien bowiem obowiązywać dopiero w razie zakończenia tych postępowań na niekorzyść lekarza, w myśl zasady „domniemania niewinności”. Stosowna zmiana w tym zakresie powinna również dotyczyć art. 15 ust. 2 projektowanej ustawy w zakresie dotyczącym informacji przekazywanych wojewodzie (o prowadzonych postępowaniach).

9. Wątpliwości budzi czy lekarz będący w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny sądowej lub patomorfologii, już po ukończeniu 2 roku szkolenia specjalizacyjnego, który na podstawie art. 13 ust. 2 projektu ustawy może zostać koronerem po uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji, posiada odpowiednie przygotowanie i doświadczenie zawodowe niezbędne do pełnienia tej funkcji. Uprawnienia te na podstawie tego przepisu będzie mógł bowiem uzyskać lekarz o stosunkowo niedużym doświadczeniu zawodowym (mającym staż pracy krótszy niż 3 lata) i który zrealizował szkolenie specjalizacyjne w niepełnym zakresie.
10. Na podstawie art. 13 ust. 6 i 7 projektu ustawy okręgowa rada lekarska ma przekazywać wojewodzie listę lekarzy kandydatów na koronerów spełniających wymagania, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2. Należy jednak wskazać, że okręgowe rady lekarskie nie będą miały faktycznej możliwości wykonania takiego obowiązku. Organy samorządu lekarskiego nie posiadają np. pełnej i aktualnej informacji na temat wyroków skazujących wydanych wobec lekarzy przez sądy powszechne, gdyż wiele z nich (mimo wynikającego z art. 21 § 1 pkt 2 k.p.k obowiązku zawiadomienia właściwego organu samorządu zawodowego o zakończeniu postępowania karnego toczącego się z urzędu przeciwko członkom samorządu zawodowego) nie trafia do wiadomości okręgowej izby lekarskiej. Ponadto nie ma podstaw prawnych do gromadzenia przez okręgowe izby lekarskie informacji o odbyciu przez lekarzy szkolenia w zakładzie medycyny sądowej uczelni medycznej. Okręgowe izby lekarskie nie posiadają również informacji o lekarzach spełniających warunki określone w art. 13 ust. 2 projektu ustawy. W związku z powyższym, okręgowe rady lekarskie mogą przekazywać wojewodom jedynie listę lekarzy, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu lekarza (czyli spełniają warunek wskazany w art. 13 ust. 1 pkt 1) oraz specjalizacje wskazane w art. 13 ust. 1 pkt 4 lit. a. W związku z tym niezasadne jest również nakładanie na okręgowe izby lekarskie obowiązku zbierania od lekarzy oświadczeń zawierających potwierdzenie zgłoszenia swojej kandydatury na koronera, o którym mowa w art. 13 ust. 7 projektu. Ponadto w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w projekcie ustawy należy wyraźnie określić, jakie dane osobowe lekarzy okręgowa rada lekarska ma przekazywać wojewodzie.
11. Przepis art. 15 ust. 3 projektu ustawy posługuje się niewłaściwymi pojęciami, a zakres informacji, które ma przekazywać okręgowa rada lekarska wojewodzie wydaje się nadmierny. Należy wskazać, że pozbawienie lekarza prawa

wykonywania zawodu przez organy samorządu lekarskiego jest możliwe jedynie w drodze prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego (art. 83 ust. 1 pkt 7 ustawy o izbach lekarskich), ale nie ma podstaw prawnych do podejmowania „uchwał w przedmiocie pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza”. Natomiast okręgowa rada lekarska podejmuje uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu oraz o ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych (art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Ponadto niezasadne jest nakładanie na okręgową radę lekarską obowiązku przekazywania wojewodzie informacji o zakończonych i toczących się postępowaniach karnych, w sytuacji gdy organy prowadzące postępowanie karne nie realizują właściwie obowiązku przekazywania tych informacji okręgowej radzie lekarskiej, a w związku z tym nie posiada ona aktualnych i pełnych informacji w tym zakresie.

Niezasadne jest również przekazywanie wojewodzie przez okręgową radę lekarską informacji o „zakończonych i prowadzonych postępowaniach dotyczących odpowiedzialności zawodowej”. Fakt prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie rodzi jeszcze skutku w postaci ukarania lekarza i to karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu, bo tylko taka kara ma znacznie dla pełnienia funkcji koronera w świetle art. 13 ust. 1 projektu ustawy. W związku z powyższym, w ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zakres informacji przekazywanych wojewodzie przez okręgową radę lekarską powinien ograniczać się do ostatecznych, prawomocnych lub natychmiast wykonalnych uchwał rady lekarskiej i orzeczeń sądów lekarskich, które przewidują w odniesieniu do lekarza będącego koronarem pozbawienie lub zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub ograniczenie w wykonywaniu zawodu lekarza.

12. Za zbyt restrykcyjne należy uznać uregulowanie projektowanej ustawy przewidujące obowiązek po stronie wojewody rozwiązania ze skutkiem natychmiastowym zawartej z lekarzem umowy o wykonywanie czynności koronera już w sytuacji powzięcia przez wojewodę informacji o prowadzonych postępowaniach, o których mowa w art. 13 ust. 5 projektowanej ustawy. W toku prowadzonego postępowania formułowane zarzuty mogą nie zostać potwierdzone.
13. Niezasadne jest w art. 17 ust. 2 zdanie drugie projektu ustawy nakładanie na okręgową radę lekarską obowiązku niezwłocznego wskazywania wojewodzie - po poinformowaniu okręgowej izby lekarskiej o rozwiązaniu przez wojewodę umowy

z koronerem - nowych kandydatów na koronera. Okręgowa rada lekarska ma przekazywać wojewodzie listę lekarzy spełniających warunki do bycia koronerem, więc to wojewoda powinien wyłaniać kandydata na koronera korzystając z przekazanych mu już przez okręgową radę lekarską informacji.

14. Zgodnie z art. 6 ust. 3 pkt 2 i ust 4 pkt 3 w protokole zgonu w części pierwszej sporządzonej przez osobę uprawnioną do stwierdzania zgonu oraz w części drugiej - dokumentującej potwierdzenie zgonu przez koronera należy wskazać przyczynę zgonu i określenie przesłanek pozwalających na ich ustalenie albo informację o braku możliwości ustalenia przyczyny zgonu. Ponadto art. 9 ust. 1 wskazuje, że osoba uprawniona do wystawienia karty zgonu wnioskuje o przeprowadzenie badań pośmiertnych w razie zaistnienia uzasadnionych wątpliwości w kwestii przyczyny zgonu lub rozbieżności w ocenie czasu i okoliczności zgonu. Ponadto z art. 18 ust. 4 pkt 3 wynika, że w karcie zgonu dla potrzeb statystyki publicznej określa się przyczynę zgonu i rodzaj zgonu (naturalny albo nagły). Należy więc podnieść wątpliwości co do możliwości ustalania przyczyny zgonu na miejscu zgonu i bez sekcji zwłok. W przypadku nagłego zgonu nie zawsze da się określić przyczyny śmierci bez wykonania sekcji zwłok. Sam fakt, że osoba, która nagle zmarła, leczyła się wcześniej np. na chorobę wieńcową, nie uprawnia do ustalenia ostrej niewydolności wieńcowej jako przyczyny zgonu. Tak wpisana do karty zgonu przyczyna śmierci bywa później podstawą do opiniowania dla celów ubezpieczeniowych, a nawet opiniowania o prawidłowości postępowania lekarskiego. W związku z powyższym w sytuacji nieprzeprowadzenia sekcji zwłok i stosownych badań używane w projekcie ustawy sformułowanie o ustalaniu przyczyny zgonu powinno być zastąpione sformułowaniem o ustalaniu rodzaju zgonu, o którym mowa w art. 18 ust. 4 pkt 3 projektu ustawy (naturalny albo nagły).
15. W art. 22 ust. 6 w pkt 1 wskazane wydaje się dookreślenie w ustawie lub akcie wykonawczym, jakie kierunki studiów na uczelni medycznej lub uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, uprawniają do wykonywania obowiązku kodowania przyczyny zgonu.
16. W art. 24 ust. 1 projektu ustawy jest mowa, że wydatki związane z wykonywaniem czynności stwierdzania zgonu, sporządzenia protokołu zgonu i karty zgonu będą uwzględniane w „środkach przeznaczonych na finansowanie działalności leczniczej”. Niejasne jest czy środki te będą finansowane bezpośrednio z budżetu

państwa, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami, czy też w inny sposób. Kwestia ta nie została również dostatecznie wyjaśniona w uzasadnieniu do projektu ustawy lub OSR.

17. Z art. 24 ust. 2 projektu ustawy wynika, że wynagrodzenie za stwierdzenie zgonu, sporządzenie protokołu zgonu i karty zgonu ma przysługiwać lekarzowi, który wykonał te czynności. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w celu zagwarantowania faktycznego przekazywania lekarzowi tych środków przez pracodawcę, Narodowy Fundusz Zdrowia lub wojewodę projektowane przepisy należałoby uzupełnić poprzez wskazanie, w jaki sposób lekarz ma otrzymywać to wynagrodzenie. Ponadto w przypadku konieczności dojazdu lekarza do miejsca wezwania należałoby w projektowanych przepisach uwzględnić także zwrot kosztów dojazdu lekarza do miejsca zgonu (analogicznie do zwrotu kosztów przysługujących koronerowi). Wątpliwości budzi także kwestia stawek wynagrodzenia za stwierdzenie lub potwierdzenie zgonu oraz sporządzenie protokołu zgonu i karty zgonu: koroner ma otrzymać wynagrodzenie w wysokości 15% kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, a w przypadku odstąpienia od sporządzenia karty zgonu – 10% kwoty przeciętnego wynagrodzenia. Tymczasem stawki wynagrodzenia np. dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej za stwierdzenie i potwierdzenie zgonu i wystawienie karty zgonu są zdecydowanie niższe. Brak jest uzasadnienia dla różnicowania w takim stopniu stawek wynagrodzenia za te same czynności koronera i innych lekarzy.
18. Brzmienie art. 25 ust. 5 projektu ustawy budzi wątpliwości czy w przypadku, gdy koroner dokona oględzin lub sekcji zwłok na zlecenie sądu lub prokuratora to nie będzie otrzymywał jakiegokolwiek wynagrodzenia za stwierdzenie lub potwierdzenie zgonu, sporządzenie protokołu zgonu i karty zgonu oraz zwrotu kosztów dojazdu, czy też wynagrodzenie to będzie przyznawane na innych zasadach.
19. Art. 25 ust. 3 projektu ustawy stanowi o prawie do wynagrodzenia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sądowej za pozostawanie w gotowości do konsultacji oraz za każdą przeprowadzoną konsultację, nie określając precyzyjnie zasad ustalania wysokości tego wynagrodzenia. Projekt ustawy w art. 5 pkt 5 nakłada na koronera obowiązek przeprowadzenia konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej – zakładu medycyny sądowej uczelni

medycznej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego w przypadku wątpliwości co do przyczyny zgonu. Wprowadzając tego rodzaju obowiązki projektowane przepisy należałoby uzupełnić poprzez zamieszczenie w projekcie ustawy lub w akcie wykonawczym regulacji określających zasady i tryb realizowania oraz dokumentowania procedury dokonywania konsultacji przez koronera przyczyn zgonu z lekarzem specjalistą w dziedzinie medycyny sądowej – zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej.

20. Art. 28 projektu ustawy, który wprowadza zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) przewiduje dodanie w tej ustawie art. 27 c ust. 3 stanowiącego, że karty martwego urodzenia nie przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego, jeżeli nie jest możliwe ustalenie płci dziecka. W praktyce pojawiają się sytuacje, gdy rodzice dziecka na własny koszt przeprowadzają badania genetyczne ustalające płeć dziecka. Rozważenia wymaga uregulowanie zasad i trybu przekazania kierownikowi urzędu stanu cywilnego karty martwego urodzenia, jeżeli płeć dziecka zostanie ustalona we wskazanym sposób.
21. Doprecyzowania wymaga art. 30 projektu ustawy, który stanowi, że do 30 czerwca 2021 r. koronerem może być lekarz, który nie spełnia warunku, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 4 lit. b. W przywołanym przepisie wskazane są dwa warunki, które musi spełniać lekarz aby pełnić funkcję koronera, tj: co najmniej 3 letni staż pracy w zawodzie lekarza oraz odbycie szkolenia w zakładzie medycyny sądowej uczelni medycznej. Obecne brzmienie projektowanego przepisu wskazuje, że w okresie do 30 czerwca 2021 r. lekarz nie będzie musiał spełnić żadnego z tych warunków.

SEKRETARZ



Marek Jodłowski

PREZES



Andrzej Matyja