

DARIUSZ ZAWADZKI

ORCID: 0000-0003-4560-0440

JAROSŁAW BERENT

ORCID: 0000-0002-9869-5175

RAFAŁ KUBIAK

ORCID: 0000-0002-2612-9529

AGNIESZKA CIASTKOWSKA-BERLIKOWSKA

ORCID: 0000-0003-3469-6766

## **Stwierdzanie zgonu i wystawianie kart zgonu w świetle nowych uprawnień kierowników podstawowych zespołów ratownictwa medycznego**

### **Streszczenie**

Przedmiotem niniejszego artykułu jest problematyka dotycząca nowo nabytych uprawnień stwierdzania zgonu i wystawiania kart zgonu przez kierowników podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (ratowników medycznych, pielęgniarki i pielęgniarzy systemu). Na początku opracowanie zwraca uwagę na wprowadzenie do zagadnień, wyjaśnienie podstawowych definicji. W dalszej części pracy została omówiona charakterystyka znamion śmierci, kwestie prawne dotyczące udziału osób trzecich oraz zagadnienia związane z wystawianiem dokumentacji medycznej. Podstawą rozważań w trakcie powstawania artykułu było przybliżenie prawidłowego stwierdzania zgonu i wystawiania kart zgonu.

**Słowa kluczowe:** stwierdzenie zgonu, karta zgonu, śmierć, kierownik zespołu ratownictwa medycznego

## Wprowadzenie

Jedną z czynności w pracy kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, którym może być ratownik medyczny albo pielęgniarka systemu, jest prawidłowe wypełnienie dokumentacji medycznej oraz karty zgonu. Wiąże się to nie tylko z posiadaniem aktualnej wiedzy medycznej, ale również z umiejętnościami zastosowania odpowiedniej nomenklatury. Wydawać by się mogło, że cała kaskada zdarzeń doprowadzająca do zgonu pacjenta to tylko domena zainteresowania lekarzy, i to głównie medycyny sądowej. Jednak każdy członek zespołu ratownictwa medycznego, a w szczególności jego kierownicy, także powinni posiadać wiedzę i umiejętności z obszaru tanatologii oraz umieć prawidłowo wypełnić kartę zgonu.

## Nowe uprawnienia kierowników zespołu ratownictwa medycznego

Rozpoznanie zgonu oraz wystawienie karty zgonu z dniem 22 czerwca 2023 roku stało się nieodłącznym elementem pracy podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Takie uprawnienia nabyli kierownicy (ratownicy medyczni oraz pielęgniarki systemu) podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Zostały im one przyznane wskutek nowelizacji ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych<sup>1</sup>, dokonanej ustawą z dnia 1 grudnia 2022 roku o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych<sup>2</sup>. Nowelą tą nadano nowe brzmienie art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, który obecnie stanowi, że zgon i jego przyczyna są ustalane, oprócz lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie, także przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej, o której mowa w art. 41 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2023 r. poz. 887, ze zm.).

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 roku o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. 2022 poz. 2705), zwana dalej „UZRM”.

Medycznym<sup>3</sup>. Z unormowaniem tym koresponduje art. 33 ust. 1 pkt 5 UZRM. Zgodnie z nim, wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na stwierdzaniu zgonu, do którego doszło podczas akcji medycznej, o której mowa w art. 41 UPRM. Według art. 40 ust. 1 UPRM „akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego”. W myśl art. 40 ust. 2 UPRM rozpoczęcie medycznych czynności ratunkowych następuje niezwłocznie po przybyciu na miejsce zdarzenia.

### **Projekt przepisów dotyczących stwierdzania zgonu w warunkach przedszpitalnych przez koronerów**

Odpowiedni projekt, z dnia 21 listopada 2019 roku, znajduje się na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji pod numerem z wykazu UD369<sup>4</sup>. Zgodnie z jego art. 3. 1 ust. 2 zgon mogą stwierdzić: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad osobą, której zgon ma być stwierdzony, jeżeli jest świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na obszarze gminy właściwej dla miejsca ujawnienia zwłok i zgłoszenie ujawnienia zwłok nastąpiło w czasie jego działania. Ponadto – lekarz sprawujący opiekę medyczną w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w którym zgon osoby ma być stwierdzony; lekarz udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy ujawnienie ciała osoby bez oznak życia nastąpiło na obszarze jego działania i w czasie jego działania; lekarz sprawujący opiekę medyczną w podmiocie innym niż podmiot leczniczy, w którym zgon osoby ma być stwierdzony. Natomiast kierownik zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie

---

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.), zwana dalej „UPRM”.

<sup>4</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12327506> [dostęp: 12.12.2023 r].

Medycznym – w przypadku: odstąpienia od prowadzenia medycznych czynności ratunkowych w sytuacji stwierdzenia znamion śmierci u ratowanej osoby w trakcie prowadzenia tych czynności, stwierdzenia po przybyciu na miejsce zdarzenia znamion śmierci u osoby, wobec której miały być podjęte medyczne czynności ratunkowe. Wreszcie – lekarz, z którym zawarta została umowa, o której mowa w art. 13 ust. 8, zwany dalej „kronerem”, w przypadkach innych niż określonych powyżej<sup>5</sup>. Kroner może być wezwany, gdy osoby posiadające uprawnienia do stwierdzania zgonu mają wątpliwości co do określenia przyczyny zgonu<sup>6</sup>.

W odniesieniu do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zgodnie z art. 4 ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów, na wezwanie dyspozytora medycznego kroner jest zobowiązany niezwłocznie podjąć postępowanie w miejscu ujawnienia zwłok. Oględziny ciała i badanie pośmiertne muszą nastąpić nie później niż w czasie 4 godzin od chwili przyjęcia wezwania, należy też podjąć działania mające na celu ustalenie tożsamości osoby zmarłej.

## **Akcja medyczna a medyczne czynności ratunkowe**

Na wstępie należy podkreślić, że rozpoczęcie akcji medycznej nie musi koniecznie oznaczać rozpoczęcia medycznych czynności ratunkowych, co zostanie wyjaśnione w dalszej części tekstu.

## **Akcja medyczna (art. 40. 1 UPRM)**

„Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego”.

---

<sup>5</sup> Projekt ustawy z dnia 21 listopada 2019 roku o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów.

<sup>6</sup> A. Smędra, J. Berent, *Tanatologia: stwierdzanie zgonu w warunkach pozaszpitalnych*, „Medycyna po Dyplomie”, 2023, nr 6 (32), <https://podyplomie.pl/medycyna/39118,tanatologia-stwierdzanie-zgonu-w-warunkach-pozaszpitalnych-2023>

Oznacza to, że każde zgłoszenie przyjęte przez dyspozytora medycznego rozpoczyna akcję medyczną, bez względu na powód wezwania czy kryterium czasu wystąpienia objawów. Akcję tę inicjuje samo przyjęcie zgłoszenia.

### **Medyczne czynności ratunkowe (art. 3. 4 UPRM)**

„Medyczne czynności ratunkowe – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Można bowiem wnioskować, że działania ratunkowe podejmowane są tylko w stosunku do osoby żywej. Tylko taka może znajdować się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego<sup>7</sup>.

Jeśli zgłoszenie zostało przyjęte, kierownik podstawowego zespołu ratownictwa medycznego rozpoczyna niezwłocznie wykonywanie medycznych czynności ratunkowych (art. 40 ust. 2 UPRM – „Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe”). Obowiązek podjęcia takich czynności można wysnuć z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 roku w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego<sup>8</sup>. W załączniku nr 3 do tego rozporządzenia, poświęconym świadczeniom zdrowotnym innym niż medyczne czynności ratunkowe (MCR), które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, podano, że ratownik medyczny przeprowadza m.in. ocenę stanu pacjenta. Odstąpienie od MCR przez ratownika medycznego może nastąpić dopiero po ocenie stanu zdrowia, tj. wykonaniu MCR – wynika to z zapisu art. 56 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 roku o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

---

<sup>7</sup> art. 3.4 UPRM.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1180.

Wątpliwości budzi sytuacja, w której rodzina wezwie ZRM do samej formalności stwierdzenia zgonu, ale powód wezwania poda jako „chyba nie żyje”. W tym przypadku kierownik zespołu podstawowego ma również obowiązek wystawić kartę zgonu, po wcześniejszym rozpoczęciu MCR, czyli co najmniej po ocenie stanu pacjenta.

*De facto* jedyną sytuacją, w której kierownik ZRM może nie rozpoczynać MCR, jest taka, kiedy *prima facie* widzi, że pacjent nie wymaga już pomocy, bo nie żyje – np. dlatego, że nastąpiła dekapitacja, rozkawałkowanie ciała przez pociąg, bądź gdy zwłoki są w stanie rozkładu.

W sytuacjach wątpliwych kierownik ZRM musi jednak choćby wstępnie ocenić sytuację, ustalając, czy osoba żyje i znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – tj. rozpocząć MCR, celem oceny stanu pacjenta. Do działań tych powinien przystąpić niezwłocznie. Jeśli stwierdzi, że pacjent jest martwy, zaprzestaje kontynuowania medycznych czynności ratunkowych i wydaje kartę zgonu, o ile nie jest to sytuacja, kiedy karty się nie wystawia.

Należy jednak podkreślić, że dla samego faktu wystawienia karty zgonu nie ma znaczenia podjęcie, czy niepodjęcie, medycznych czynności ratunkowych, ale rozpoczęcie akcji medycznej, tj. sam fakt przyjęcia zgłoszenia. Jeśli zgłoszenie zostało przyjęte, to taką kartę kierownik ZRM winien wystawić, o ile nie jest to sytuacja, kiedy karty się nie wystawia.

## Stwierdzenie zgonu

Do stwierdzenia zgonu konieczne jest wystąpienie jednej z trzech kategorii:

1. wczesnych pewnych znamion śmierci, tj. plam opadowych i stężenia pośmiertnego;
2. obrażeń wykluczających przeżycie, tzw. ROLE (*Recognition of life extinct*) – stwierdzenie obrażeń ciała, które skutkują zgonem pacjenta, np. dekapitacja, wymóżdżenie, zmiżdżenie klatki piersiowej, rozczłonkowanie, zwęglenie ciała;
3. rozkład ciała, maceracja płodu;

4. późnych znamion śmierci, czyli zmian o charakterze rozkładowym (gnicie, zeszkielewanie) lub zmian o charakterze utrwalającym – przeobrażenie zwłok (mumifikacja, przeobrażenie tłuszczowo-woskowe, przemiana torfowa)<sup>9,10</sup>.

Jeśli żadne z wymienionych okoliczności nie występują, nie można stwierdzić zgonu i należy rozpocząć resuscytację, chyba że istnieją przeciwwskazania do jej wdrożenia. Zdefiniowanie skonkretyzowanego braku wskazań nie jest zadaniem łatwym, co więcej – zgodnie z wytycznymi Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji z 2021 roku, decyzja o niepodjęciu czynności resuscytacyjnych, jak i ich przerwaniu, powinna być oparta na „zdefiniowanych i wdrożonych kryteriach biorących pod uwagę kontekst lokalnych uwarunkowań prawnych, organizacyjnych i kulturowych”<sup>11</sup>, których w Polsce aktualnie nie ma.

## Komentarz:

Najczęściej ZRM mają styczność z wczesnymi pewnymi znamionami śmierci. Należy pamiętać jednak, że istnieją dwie sytuacje:

1. **rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia**, które obliguje do rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, tj. zgodnie z ICD-10 – np. I46.9 – „zatrzymanie krążenia, nieokreślone”;
2. **rozpoznanie śmierci** – np. plamy opadowe, które nie obliguje do rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ale zobowiązuje do stwierdzenia zgonu oraz jeśli nie ma przeciwwskazań kryminalistycznych, do wystawienia karty zgonu, tj. zgodnie z ICD-10 – R96 – „Nagła śmierć, przyczyna nieznana”, lub R99 – „Inne, niedokładnie określone i nieznane przyczyny umieralności”.

---

<sup>9</sup> A. Smędra, J. Berent, *Stwierdżanie zgonu*, „Medycyna po Dyplomie” 2018, nr 1 (27), s. 77–81.

<sup>10</sup> A. Smędra, J. Berent, *Tanatologia: stwierdżanie zgonu...*, s. 80–88.

<sup>11</sup> *Wytyczne Resuscytacji 2021*, Kraków 2021, <http://www.wspr.bialystok.pl/wp-content/uploads/2021/10/wytyczne-ERC-2021.pdf>, [dostęp: 9.12.2021 r.].

Wątpliwość może budzić rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia i niepodjęcie działań ratunkowych. Taka adnotacja oraz postępowanie nie dość, że jest nieprawidłowe, to może skutkować odpowiedzialnością prawną ze względu na rozpoznanie NZK a nierozpoznanie śmierci, i w tej sytuacji kierownik zespołu winien rozpocząć czynności resuscytacyjne. W tym miejscu warto również podkreślić, że kierownik zespołu, który błędnie stwierdzi zgon, tj. uzna, że osoba jest martwa, gdy w rzeczywistości pozostawała przy życiu, może odpowiadać karnie za przestępstwa skutkowe przeciwko życiu lub zdrowiu popelnione przez zaniechanie. Następstwem takiego błędu może być bowiem niewykonanie niezbędnych czynności ratunkowych i w efekcie doprowadzenie np. do śmierci pacjenta. Przy tym będą to czyny nieumyślne, np. nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 K.k.)<sup>12</sup>, nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 K.k.). Przesłanką nieumyślności, ujętą w art. 9 § 2 K.k., jest zaś naruszenie reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach. Reguły te mogą być skodyfikowane lub wynikać z doświadczenia życiowego i wiedzy specjalistycznej<sup>13</sup>. W przypadku spraw medycznych najczęściej będą one oparte na praktyce medycznej i ustalonych przez kompetentne gremia wytycznych postępowania. W odniesieniu do stwierdzenia zgonu kluczowe jest zatem ustalenie specyficznych cech ciała i okoliczności, które uzasadniają przyjęcie tezy, że osoba nie żyje. Są to tzw. znamiona śmierci. Ich prawidłowe ustalenie, a następnie na ich podstawie właściwe stwierdzenie zgonu, jest więc bardzo istotne dla wykluczenia odpowiedzialności karnej za wspomniane przestępstwa. W dalszej części artykułu zagadnienia te będą zatem przybliżone.

---

<sup>12</sup> Kodeks karny.

<sup>13</sup> zob. A. Zoll, [w:] A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna, Komentarz LEX*, t. I, Warszawa 2012, s. 153–154.



## Charakterystyka znamion śmierci

Znamiona śmierci można podzielić na:

1. **wczesne niepewne** (bładość, oziębienie i wysychanie zwłok) – wczesne niepewne znamiona śmierci nie są podstawą do rozpoznania śmierci ani formalnego stwierdzenia zgonu;
2. **wczesne pewne**: plamy opadowe, stężenie pośmiertne;
3. **późne**: zmiany o charakterze rozkładowym (gnicie, zeszkieletowanie) i o charakterze utrwalającym, zwane też przeobrażeniem zwłok (strupieszenie, czyli mumifikacja, przeobrażenie tłuszczowo-woskowe, przemiana torfowiskowa)<sup>14</sup>.

Ze względu na fakt, że wczesne niepewne znamiona śmierci nie dają przesłanek do stwierdzenia zgonu, w artykule zostały opisane tylko wczesne pewne znamiona śmierci, które upoważniają do stwierdzenia zgonu. Zmiany późne, które wizualnie w sposób oczywisty wskazują, że osoba nie żyje, nie dają cienia wątpliwości co do zgonu.

### Do wczesnych pewnych znamion śmierci należą:

**plamy opadowe** – są to zwykle sinowisniowe zabarwienia powłok najniżej położonych części ciała, które spowodowane są ustaniem krążenia i zgodnego z grawitacją przemieszczenia krwi do drobnych naczyń krwionośnych najniżej umiejscowionych obszarów ciała. Zaczynają pojawiać się najwcześniej po ok. 20 minutach po zgonie. W początkowej fazie mają postać drobnych plam w okolicy karku i w obrębie małżowin usznych, a następnie zlewają się, co powoduje, że stają się wyraźniejsze i obejmują kolejne okolice ciała. Po upływie kilku godzin są w pełni rozwinięte. Przez pierwszych 6 godzin po zgonie plamy opadowe są całkowicie przemieszczalne (po zmianie pozycji ciała pojawiają się w nowych miejscach i znikają z miejsc pierwotnego występowania), zaś po upływie 6–12 godzin są częściowo przemieszczalne (przy zmianie pozycji ciała pojawiają się w nowych miejscach, nie znikając całkowicie z obszarów pierwotnej lokalizacji). Po 12 godzinach od zgonu plamy stają się nieprzemieszczalne – zmiana

---

<sup>14</sup> A. Smędra, J. Berent, *Stwierdzanie zgonu...*; A. Smędra, J. Berent, *Tanatologia: stwierdzanie zgonu...*

pozycji ciała nie powoduje zmiany ich lokalizacji. Z upływem czasu od zgonu obserwuje się zmiany wyciskalności plam opadowych – od całkowitej (znikają – całkowicie bledną przy ucisku), przez częściową (znikają / bledną niecałkowicie przy ucisku), aż po brak reakcji na ucisk od 20 godzin od zgonu (w zależności od warunków). Plamy opadowe nie powstają w obszarach ciała uciśniętych przez podłoże, przylegające do zwłok przedmioty i przez ciasno założone elementy ubrania. Wynika to z ucisku na naczynia krwionośne zapobiegającego gromadzeniu się krwi w ich świetle. W przypadku niektórych zatruc zabarwienie plam opadowych jest nietypowe, np. przy zatruciu tlenkiem węgla są żywoczerwone albo malinowe (od koloru hemoglobiny tlenkowej). Przy zatruciu substancjami utleniającymi mają domieszkę brunatną (od barwy metemoglobiny). W przypadku zgonu spowodowanego działaniem niskiej temperatury plamy opadowe mogą być jasnoczerwone. Opisywane czasami plamy opadowe pojawiające się jeszcze za życia w przypadkach długotrwałej agonii są w rzeczywistości objawem sinicy obwodowej i niewydolności krążenia, a określane są jako „róże cmentarne”<sup>15,16,17</sup>;

**stężenie pośmiertne** – jest to skrócenie i usztywnienie mięśni w wyniku połączenia aktyny i miozyny w lepłą i nierozciągliwą aktomiozynę. Najczęściej pojawia się ono po 2–3 godzinach po zgonie. Po upływie 6–8 godzin obejmuje wszystkie grupy mięśniowe, a w pełni rozwinięte jest po ok. 6–12 godzinach. Najwcześniej wyczuwalne jest w aktywnych za życia mięśniach (mięśnie palców rąk i stóp oraz żuchwy). Stężenie pośmiertne zaczyna ustępować po ok. 36–48 godzinach po zgonie, a całkowicie ustępuje po ok. 3–4 dniach w temperaturze pokojowej (w przypadku niskiej temperatury może utrzymywać się dłużej). Może pojawić się szybciej w przypadku nasilonej pracy mięśni przed śmiercią, skutkującej nadmiernym zużyciem ATP (np. znaczny wysilek fizyczny, tężec, zatrucie związkami fosforoorganicznymi lub strychniną, porażenia prądem

<sup>15</sup> G. Teresiński, *Medycyna sądowa*, Warszawa 2022.

<sup>16</sup> R. Jones, J. Payne-James, *Medycyna sądowa*, Wrocław 2021.

<sup>17</sup> D. Zawadzki, P. Arkuszewski, A. Kolacińska, S. Ostrowski, *Znamiona śmierci a odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych przez zespół P*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2017, nr 11, s. 300–306.

elektrycznym). Nasilenie zależy od masy mięśniowej, dlatego też jest słabsze w zwłokach dzieci, osób starszych i wyniszczonych, a silne w zwłokach osób z dobrze rozwiniętymi mięśniami. W literaturze opisywane jest również tzw. stężenie kataleptyczne, polegające na natychmiastowym wystąpieniu stężenia pośmiertnego, które może utrzymać przedmioty trzymane w ręce w chwili śmierci, jednak występowanie tego zjawiska wzbudza też kontrowersje, a zdania co do jego istnienia są podzielone<sup>18,19</sup>.

### Udział osób trzecich

Kolejnym dylematem, z którym będą musieli się zmierzyć kierownicy podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, jest stwierdzenie na miejscu zdarzenia udziału albo braku udziału osób trzecich. Jest to następny, obciążający dla osoby stwierdzającej zgon, obowiązek, którego prawidłowe wykonanie wymaga wiedzy i doświadczenia w oględzinach zarówno zwłok, jak i miejsca zdarzenia. Wtedy niezbędna jest wiedza nie tylko z zakresu medycyny sądowej, ale również z dziedziny kryminalistyki. Kwestia ta jest istotna również w aspekcie prawnym, gdyż ustalenie, że doszło do przestępnego spowodowania śmierci, powoduje powstanie po stronie stwierdzającego zgon obowiązku denuncjacji, o czym będzie mowa szerzej w dalszej części artykułu.

Decyzję o stwierdzeniu udziału osób trzecich oraz o treści adnotacji na ten temat powinno kształtować wiele czynników:

1. miejsce znalezienia zwłok – np. mieszkanie zamknięte, otwarte, czy są ślady włamania;
2. dziwne zachowanie rodziny – obojętność, co chwilę zmiana wywiadu co do okoliczności zgonu pacjenta;
3. obrażenia ciała denata;
4. obecność opakowań po lekach lub resztki substancji o wyczuwalnym zapachu alkoholu – istnieje wówczas ryzyko spożycia alkoholu nieświadomego pochodzenia – alkoholu niespożywczego.

<sup>18</sup> B. Popielski, J. Kobiela, *Medycyna sądowa*, Warszawa 1972.

<sup>19</sup> D. Zawadzki, P. Arkuszewski, A. Kołacińska, S. Ostrowski, *Znamiona śmierci...*

Należy podkreślić, że bez wykonania sekcji zwłok nie da się ustalić realnej przyczyny zgonu, a i czasami sekcja zwłok takiej przyczyny nie jest w stanie wykryć. Wówczas można zamieścić w karcie przyczyny zgonu wpis następującej treści: „najbardziej prawdopodobna / przypuszczalna przyczyna zgonu”<sup>20</sup>.

Kierownik zespołu ratownictwa medycznego po stwierdzeniu zgonu musi w karcie informacyjnej umieścić wpis dotyczący udziału albo braku udziału osób trzecich. Najbezpieczniej stosować następujące adnotacje:

1. „Na podstawie zewnętrznych oględzin zwłok i miejsca zdarzenia nie podejrzewam udziału osób trzecich” – wpis taki jest bezpieczny dla osoby umieszczającej go w dokumentacji medycznej, ponieważ jest to zwrot niekategoryczny. Jego brzmienie i znaczenie nie mogą pozostawiać wątpliwości, ale też nie mogą być podstawą do zastrzeżeń wobec autora wpisu;
2. „Nie można wykluczyć udziału osób trzecich” – taką adnotację należy zamieścić, jeśli okoliczności zgonu i jego miejsca budzą wątpliwości lub jest pewność, że doszło do popełnienia czynu zabronionego, np. kilka ran kłutych na ciele.

Nie można natomiast ulegać namowom ze strony różnych osób – rodziny, Policji, prokuratora – mających na celu dokonanie wpisu „wykluczam udział osób trzecich”. Jeśli taki wpis wykluczenia zostanie zastosowany, a okaże się, że denat padł ofiarą przestępstwa, autor wpisu może ponieść z tego tytułu konsekwencje prawne, w tym karne za tzw. poświadczenie nieprawdy (art. 271 K.k. – „§ 1. Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności”).

Często Policja lub prokuratura oczekuje kategorycznego wpisu, co do „udziału osób trzecich”. Jednoznaczne stwierdzenie i wypowiedzenie się w tej kwestii jest tylko przypuszczeniem. Dlatego w konstruowaniu tych

---

<sup>20</sup> B. Stawińska-Witoszyńska, J. Gałęcki, W. Wasilewski, *Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonu*, Warszawa 2019.

stwierdzeń należy być ostrożnym i unikać sformułowań typu „zgon naturalny”, „brak udziału osób trzecich”, „wykluczam udział osób trzecich”. Nie ma bowiem żadnych przesłanek ku temu, aby brać na siebie ciężar takiej decyzji oraz związane z tym ryzyko odpowiedzialności prawnej.

## Sporządzenie dokumentacji medycznej

W zespołach ratownictwa medycznego główną dokumentację medyczną stanowi karta zlecenia wyjazdu i karta medycznych czynności ratunkowych. Często w ratownictwie medycznym powstaje pytanie, kto ma otrzymać i który z tych dokumentów. Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>21</sup> uprawnionym do dostępu do dokumentacji medycznej jest zasadniczo pacjent i jego przedstawiciel ustawowy (np. rodzice wobec małoletnich dzieci, opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie).

### **Kartę medycznych czynności ratunkowych należy przekazać:**

1. w izbie przyjęć (IP) lub w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) szpitala (dokładnie lekarzowi lub ratownikowi medycznemu bądź pielęgniarce pełniącej dyżur na segregacji medycznej – triage), do którego transportowany jest pacjent;
2. pacjentowi (przedstawicielowi ustawowemu pacjenta), jeżeli nie zostaje on zabrany do szpitala ze względu na decyzję kierownika zespołu ratownictwa medycznego lub ze względu na brak zgody na transport do szpitala;
3. pacjentowi – jeżeli jego stan na to pozwala (brak upojenia alkoholowego), jeżeli decyzją kierownika zespołu ratownictwa medycznego jest on przekazywany patrolowi Policji albo Straży Miejskiej celem transportu do izby wytrzeźwień.

Poza dokumentacją w postaci karty medycznych czynności ratunkowych oraz karty zlecenia wyjazdu w niektórych jednostkach ratownictwa

---

<sup>21</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, dalej UPP.

medycznego funkcjonuje wewnętrzna dokumentacja w postaci tzw. karty informacyjnej. W tej sytuacji należy ją przekazać:

1. funkcjonariuszom Straży Miejskiej albo Policji w sytuacji, w której pacjent decyzją kierownika zespołu ratownictwa medycznego przekazywany jest patrolowi Policji albo Straży Miejskiej celem transportu do izby wytrzeźwień;
2. Policji w przypadku zgonu pacjenta i przekazania zwłok patrolowi Policji;
3. w przypadku zgonu pacjenta – osobie bliskiej na jej wniosek. Do kategorii tej, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP należą: małżonek, krewny do drugiego stopnia (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie, brat, siostra) lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (teść, teściowa, dziadek i babka małżonka oraz jego dzieci i wnuki, o ile nie są jednocześnie krewnymi), przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Uprawnienie do uzyskania takiej dokumentacji ma również osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Jeżeli karta informacyjna nie funkcjonuje jako wewnętrzny dokument stacji ratownictwa medycznego, w przypadku stwierdzenia zgonu i braku możliwości wykluczenia udziału osób trzecich, kierownik ZRM przekazuje oświadczenie ustne funkcjonariuszowi Policji o braku możliwości wystawienia karty zgonu, celem sporządzenia przez niego notatki służbowej. Karta MCR nie powinna być przekazywana funkcjonariuszom Policji.

## **Karta zgonu**

Karta zgonu jest dokumentem niezbędnym do sporządzenia aktu zgonu. Samo wystawienie karty zgonu jest czynnością administracyjną.

Na wstępie należy zaznaczyć, że karta zgonu nie zalicza się do dokumentacji medycznej, a jest jedynie dokumentem administracyjnym. Kartę zgonu należy przekazać osobie, która ma prawo do pochowania zwłok. Krąg takich osób został wskazany w art. 10 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych. W jego myśl do

uprawnionych należą: 1) pozostali małżonek(ka); 2) krewni zstępni; 3) krewni wstępni; 4) krewni boczni do 4. stopnia pokrewieństwa; 5) powinowaci w linii prostej do 1. stopnia.

W przypadku braku wymienionych osób należy wezwać Policję, aby funkcjonariusze odnaleźli którąś z nich celem przekazania karty zgonu.

Wzór karty zgonu został określony w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 roku w sprawie wzoru *karty zgonu*<sup>22</sup>. W dalszej części artykułu zamieszczono przykład karty zgonu oraz sposób jej wypełnienia.

## Przykłady kart zgonu

Poniżej przedstawiono wzór przyczyn zgonów zamieszczony w karcie zgonu.

### 18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu

1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	---

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	---

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
--	---

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

--

Ryc. 1. Wygląd karty zgonu – informacje o przyczynach śmierci

<sup>22</sup> Dz. U. poz. 1448. Akt ten straci moc z dniem 1 stycznia 2024 roku.

Najważniejsze adnotacje w karcie zgonu dotyczą informacji o przyczynach zgonu, osobie zmarłej i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu.

W przypadku, w którym istnieją wątpliwości co do opisu procesu prowadzącego do zgonu, należy w wybranych przyczynach dopisać „prawdopodobnie”, „przypuszczalnie”<sup>23</sup>. Wpisywane choroby lub stany muszą stanowić logiczny, chronologiczny ciąg powiązanych zdarzeń prowadzący do bezpośredniej przyczyny zgonu.

### Definicje przyczyn zgonu:

1. **bezpośrednia przyczyna** – to choroba lub stan bezpośrednio prowadzący do zgonu;
2. **wtórna przyczyna** – stan dający początek bezpośredniej przyczynie zgonu;
3. **wyjściowa przyczyna** – choroba lub okoliczności wypadku, urazu, zatrucia (tzw. zewnętrzna przyczyna zgonu), które zapoczątkowały łańcuch zdarzeń chorobowych prowadzących do zgonu<sup>24</sup>.

### Przykłady kart zgonu w ratownictwie medycznym:

#### *Przykład 1*

*Wzwanie do pacjenta z powodu bólu w klatce piersiowej. Po wykonaniu EKG i rozpoznaniu OZW dochodzi do NZK. Ostatecznie następuje zgon. Pacjent dotychczas zdrowy, nie przyjmował żadnych leków.*

→ **bezpośrednia przyczyna** – ostry zawał serca, nieokreślony (ICD-10 – I21.9);

<sup>23</sup> M. Pace, F. Grippo, S. Cinque, S. Bruzzone, *Podręcznik poświadczenia przyczyn zgonów w Europie. Wersja ostateczna*, Włoski Krajowy Instytut Statystyczny, Centralny Dyrektoriat Badań Instytucji Społecznych, Zdrowia i Świadczeń Opiekuńczych Wydział Przyczyn Zgonów, Rzym 2003.

<sup>24</sup> B. Stawińska-Witoszyńska, J. Gałęcki, W. Wasilewski, *Poradnik szkoleniowy dla lekarzy....*



- **wtórna przyczyna** – brak;
- **wyjściowa przyczyna** – brak.

#### *Przykład 2*

*Wезwanie do pacjenta z powodu bólu w klatce piersiowej i duszności. Na miejscu NZK. Po działaniach ratowniczych zgon. W wywiadzie złamanie kości udowej wskutek upadku z własnej wysokości.*

- **bezpośrednia przyczyna** – zatorowość płucna (ICD-10 – I26);
- **wtórna przyczyna** – złamanie kości udowej (ICD-10 – S72);
- **wyjściowa przyczyna** – brak.

Nie da się opracować szablonowych kart zgonu ze względu na dużą liczbę możliwości przyczyn zgonów. Oprócz wiedzy i umiejętności należy kierować się doświadczeniem oraz zdrowym rozsądkiem w wypisywaniu karty zgonu.

### **Kiedy bezwzględnie nie wystawiać karty zgonu?**

1. podejrzenie przestępstwa: wypadki śmiertelne, np. komunikacyjne, w miejscu pracy, upadek z wysokości, samobójstwo;
2. brak ustalonej tożsamości osoby zmarłej. Nie można domniemywać tożsamości osoby zmarłej. Kierownik zespołu musi mieć pewność, że stwierdził zgon osoby właściwej;
3. zgon w miejscu publicznym, chyba że okoliczności zgonu stanowią inaczej, np. doszło do nagłego zatrzymania krążenia na chodniku w obecności rodziny.

### **System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)**

Sposób działania SWD PRM wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 roku w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia

Państwowego Ratownictwa Medycznego. Jego działalność polega m.in. na przyjmowaniu zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, rejestrowaniu zdarzeń medycznych, dysponowaniu zespołami ratownictwa medycznego, pozycjonowaniu zespołów ratownictwa medycznego, wspomaganie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego.

W przypadku zgonu pacjenta w karcie medycznych czynności ratunkowych w zakładce Stwierdzenie zgonu / Odstąpienie od MCR, należy dokonać stosownych wpisów.

We wspomnianej zakładce występują dwa stwierdzenia: „zgon” oraz „odstąpiono od MCR”. Z punktu widzenia definicji MCR, odstępuje się od MCR zawsze; nawet jeśli zgon nastąpił przed przybyciem ZRM i tak kierownik ZRM musi zbadać pacjenta oraz rozpoznać co najmniej wczesne pewne znamiona śmierci. Po zaznaczeniu zakładki „zgon” rozwija się podkategoria, że zgon nastąpił „przed przybyciem ZRM”, „w trakcie MCR”, „w trakcie transportu”. Ręcznie należy wpisać przyczynę zgonu zgodną z klasyfikacją ICD-10. Należy pamiętać, że przyczyna ta musi być tożsama z przyczyną zgonu umieszczoną w karcie zgonu. W sytuacji zaznaczenia zakładki „odstąpiono od MCR” należy podać powód odstąpienia, który wymuszony jest przez system SWD:

- choroba degradująca organizm;
- obrażenia ciała nierokujące skuteczności resuscytacji;
- pewne znamiona śmierci;
- podjęcie akcji resuscytacyjnej zagraża bezpośrednio życiu członka zespołu;
- brak powrotu czynności układu krążenia po wykorzystaniu dostępnych metod resuscytacji prowadzonej ponad 1 godzinę;
- w zapisie EKG widoczna wyłącznie asystolia przy resuscytacji prowadzonej przez ponad 20 minut.

Na te kategorie kierownicy ZRM nie mają wpływu i musi zostać wybrana jedna z nich, aby w sposób prawidłowy zakończyć wizytę oraz zamknąć ją w systemie SWD. Wydaje się, że system nie powinien wymuszać decyzji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, ponieważ to on ponosi odpowiedzialność za sporządzenie dokumentacji

medycznej. Przykładowo: brak opcji zaznaczenia wymuszonego powodu zgonu uniemożliwi zamknięcie dokumentacji w systemie SWD PRM, a co za tym idzie – niezamknięcie dokumentacji może rodzić odpowiedzialność pracowniczą.

## **Postępowanie na miejscu zdarzenia**

1. Każda wizyta rozpoczyna wykonanie medycznych czynności ratunkowych, chociażby poprzez ocenę stanu pacjenta – pkt. 1 MCR; Należy dokładnie zbadać pacjenta;
2. W przypadku stwierdzenia objawów NZK należy bezwzględnie rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową;
3. W przypadku stwierdzenia objawów śmierci, tj. wczesnych pewnych znamion śmierci, należy stwierdzić zgon pacjenta i jeśli nie ma przeciwwskazań, wystawić kartę zgonu.

W przypadku stwierdzenia wczesnych, pewnych znamion śmierci nie ma przesłanek do wykonania 3-odprowadzeniowego zapisu z kardiomonitora celem potwierdzenia śmierci. W przypadku rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej i odstąpieniu od dalszych czynności, w przypadku braku powrotu spontanicznego krążenia wskazany jest zapis potwierdzający asystolię.

Należy również umieścić wpis – „brak zewnętrznych obrażeń ciała”.

Jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie, że przyczyną śmierci było przestępstwo lub samobójstwo, albo nie można ustalić tożsamości zwłok, należy niezwłocznie zawiadomić Policję lub prokuratora.

## **Ryzyko popełnienia błędu przy stwierdzaniu zgonu**

Stwierdzenie zgonu pacjenta zgodnie z klasyfikacją międzynarodową ICD-10 jest rozpoznaniem jak każde inne. Nieprawidłowe postawienie rozpoznania zgonu jest przykładem niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną postępowania kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego

i może przybrać dwie formy: stwierdzenia zgonu osoby żywej lub uznania za zmarłą osoby faktycznie nieżyjącej, ale w sposób nieprawidłowy<sup>25,26</sup>. Błędne rozpoznanie zgonu odbiera szansę na uratowanie życia człowieka. Jak już wspomniano, w takiej sytuacji może powstać odpowiedzialność karna za przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu. Tego typu błąd może zdarzyć się w sytuacji, w której kierownik ZRM pominie poszukiwania wczesnych pewnych znamion śmierci, a jedynie skupi się na objawach śmierci klinicznej, której rozpoznanie nie daje podstaw do stwierdzenia zgonu.

### Obowiązek denuncjacji

Oprócz wspomnianych czynności medycznych i administracyjnych, zarówno na lekarzu, jak i na innej osobie powołanej do dokonywania oględzin zwłok (w tym na kierowniku ZRM), ciąży powinność tzw. denuncjacji, czyli zawiadomienia o przestępstwie. W prawie wyróżnia się tzw. prawny i społeczny obowiązek denuncjacyjny<sup>27</sup>. Ten pierwszy ma miejsce, gdy jego niewykonanie jest zabezpieczone sankcjami (zwłaszcza karnymi). Wówczas powinność ta ma pierwszeństwo przed obowiązkiem zachowania tajemnicy. Ujawnienie informacji w takich warunkach nie stanowi więc naruszenia dyskrecji medycznej i wyklucza odpowiedzialność prawną z tego tytułu. Konstrukcja taka jest przewidziana w ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Bowiem zgodnie z jej art. 11 ust. 8 wspomniane osoby są zobligowane do natychmiastowego zawiadomienia właściwego prokuratora lub najbliższego posterunku Policji, jeśli powezmą uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Z redakcji tego przepisu wynika zatem, że osoba dokonująca oględzin zwłok nie musi mieć pewności, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa. Wystarczające jest pojawienie się

---

<sup>25</sup> M. Okłota, A. Niemcunowicz-Janica, I. Ptaszyńska-Sarosiek, J. Zaluski, *Stwierdzenie zgonu u żywego człowieka – opis przypadku*, „Arch. Med. Sądowej Kryminol.” 2010, nr 60, s. 156–158.

<sup>26</sup> T. Jurek, B. Świątek, R. Drozd, *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu*, „Arch. Med. Sądowej Kryminol.” 2007, nr 57, s. 416–419.

<sup>27</sup> Zob. szerzej R. Kubiak, *Prawo medyczne* (wyd. IV), Warszawa 2021, s. 214–219.

takiego przypuszczenia. W celu ograniczenia nadmiernego dokonywania takich zgłoszeń ustawodawca dookreślił jednak, że podejrzenie w tym zakresie musi być „uzasadnione”. W ujęciu semantycznym przymiotnik ten oznacza „oparty na obiektywnych relacjach, podstawach, słuszny, usprawiedliwiony, zasadny”<sup>28</sup>. Wykładnia tego przepisu prowadzi więc do wniosku, że osoba dokonująca oględzin zwłok nie może opierać się tylko na swym subiektywnym przekonaniu, że doszło do popełnienia przestępstwa, lecz okoliczności zdarzenia muszą uprawdopodobniać, że zdarzenie takie miało miejsce. Okoliczności śmierci, w szczególności sposób jej spowodowania (np. rany klute, postrzałowe, obrażenia po wypadku komunikacyjnym itp.) muszą zatem prowadzić do wniosku, że rzeczywiście zostało popełnione przestępstwo. Prawdopodobieństwo popełnienia przestępstwa nie musi jednak być duże, graniczyć z pewnością. Osoba dokonująca oględzin nie musi też w szczególności ustalać, kto był sprawcą oraz czy jest on w stanie ponieść odpowiedzialność karną (np. zabójstwo dokonane przez osobę niepoczytalną). Ustawodawca nie wskazał katalogu przestępstw, których popełnienie powoduje powstanie omawianego obowiązku. Mogą więc być to przestępstwa umyślne (np. zabójstwo, dzieciobójstwo), jak i nieumyślne (np. nieumyślne spowodowanie śmierci, wypadek komunikacyjny), a także tzw. czyny umyślno-nieumyślne (np. ciężki uszczerbek na zdrowiu ze skutkiem śmiertelnym, bójka i pobicie z takim skutkiem, spowodowanie zgonu kobiety w wyniku nielegalnego przerwania ciąży). W ustawie nie uregulowano natomiast kwestii zawiadamiania w przypadku samobójstwa. Targnięcie się na swe życie nie jest w Polsce przestępstwem. Literalnie nie prowadziłoby więc do powstania analizowanej powinności denuncjacji. Jednakże ustawowa regulacja jest uzupełniona rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny<sup>29</sup>. W myśl jego § 7 obowiązek denuncjacji powstaje zarówno w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną śmierci było przestępstwo, jak i samobójstwo. Ponadto przepis ten obliuguje do dokonania zawiadomienia również wówczas, gdy

<sup>28</sup> S. Dubisz (red.), *Wielki Słownik Języka Polskiego PWN*, t. 5, Warszawa 2018, s. 147.

<sup>29</sup> Dz. U. nr 39, poz. 202.

nie można ustalić tożsamości zwłok. Zawiadomienie może być przekazane ustnie (np. telefonicznie), jak i pisemnie. Z procesowego punktu widzenia konieczne będzie jednak złożenie odpowiedniego oświadczenia do protokołu sporządzanego przez Policję lub prokuratora.

Niewykonanie omawianej powinności stanowi wykroczenie i zgodnie z art. 18 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych jest zagrożone aresztem (do 1 miesiąca) albo karą grzywny (do 5 000 zł).

### **Żądanie ubezpieczyciela dotyczące wyjaśnienia przyczyny zgonu**

Podmiotem uprawnionym do uzyskania informacji na temat przyczyny zgonu oraz do dostępu do karty zgonu jest ubezpieczyciel. Dane takie i dokumenty może pozyskać od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pacjentowi bądź też od kierownika Urzędu Stanu Cywilnego. W tym pierwszym przypadku podstawą prawną wystąpienia z takim żądaniem jest art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej<sup>30</sup>. W jego myśl, zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, informacje o stanie jego zdrowia, a w tym o przyczynach śmierci. Z żądaniem takim może wystąpić lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń. Przy tym wystąpieniu zakładu ubezpieczeń o wspomniane informacje wymaga zgody ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego. Unormowanie to koreluje z art. 26 ust. 3 pkt 7 UPP. Stanowi on bowiem, że dokumentacja medyczna może być udostępniona zakładom ubezpieczeń, wymaga to jednak zgody pacjenta. Ubezpieczyciel może ponadto zwrócić się do kierownika USC, który wydał akt zgonu na podstawie karty zgonu. Podstawą prawną w tym względzie stanowi art. 42 powołanej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Obliguje on różne organy i instytucje, w tym wspomnianego kierownika USC, do przekazania ubezpieczycielowi,

---

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 656, ze zm.).

na jego wniosek, informacji o stanie sprawy oraz do udostępnienia zebranych materiałów, jeśli dane takie są niezbędne do ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Kierownik USC wydaje akt zgonu na podstawie karty zgonu, która jest dołączana do zgromadzonej dokumentacji w sprawie i jest włączana do akt zbiorowych rejestracji stanu cywilnego. Ubezpieczyciel może zaś wystąpić o dostęp do tych akt, a tym samym zapoznać się z treścią karty zgonu. W ocenie Naczelnego Sądu Administracyjnego udostępnieniu takich informacji i dokumentów nie stoi na przeszkodzie tajemnica statystyczna, którą związany jest kierownik USC (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 29 września 2022 roku, sygn. akt: II OSK 3051/19, LEX nr 3437433).

## Podsumowanie

„Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego”. Oznacza to, że każde zgłoszenie przyjęte przez dyspozytora medycznego rozpoczyna akcję medyczną, bez względu na powód wezwania czy kryterium czasu wystąpienia objawów. Samo przyjęcie zgłoszenia inicjuje tę akcję.

Wystawianie kart zgonu to nowe uprawnienie, ale i obowiązek dla kierowników (ratownik medyczny, pielęgniarz, pielęgniarzka systemu) podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Za rozpoczęcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych uważa się co najmniej ocenę stanu pacjenta, np. kierownik ZRM wchodząc do mieszkania i patrząc na leżącego pacjenta już rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe – ocenę wzrokową (jak pacjent leży, można zaobserwować czy jest blady, siny, czy unosi się mu klatka piersiowa czy też nie, czy ma np. zewnętrzne obrażenia ciała).

Osoba dokonująca oględzin zwłok, w tym kierownik ZRM, jeśli poweźmie uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa albo samobójstwa, a także, gdy nie jest w stanie ustalić tożsamości zwłok, ma prawny obowiązek zawiadomienia najbliższego posterunku Policji albo

prokuratora. Niewykonanie tej czynności stanowi wykroczenie. Dokonanie zaś zawiadomienia i w tej drodze przekazanie danych objętych tajemnicą medyczną, nie stanowi jej naruszenia i nie prowadzi do odpowiedzialności z tego tytułu.

## Bibliografia

- Jones R., Payne-James J., *Medycyna sądowa*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2021.
- Jurek T., Świątek B., Drozd R., *Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, 2007, nr 57. Kubiak R., *Prawo medyczne* (wyd. IV), C.H. Beck, Warszawa 2021.
- Oklota M., Niemcunowicz-Janica A., Ptaszyńska-Sarosiek I., Zaluski J., *Stwierdzenie zgonu u żywego człowieka – opis przypadku*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 2010, nr 60.
- Pace M., Grippo F., Cinque S., Bruzzone S., *Podręcznik poświadczania przyczyn zgonów w Europie. Wersja ostateczna*, Włoski Krajowy Instytut Statystyczny, Centralny Dyrektoriat Badań Instytucji Społecznych, Zdrowia i Świadczeń Opiekuńczych Wydział Przyczyn Zgonów, Rzym 2003.
- Popielski B., Kobiela J., *Medycyna sądowa*, PZWL, Warszawa 1972.
- Smędra A., Berent J., *Stwierdżanie zgonu*, „Medycyna po Dyplomie” 2018, nr 27.
- Smędra A., Berent J., *Tanatologia: stwierdżanie zgonu w warunkach pozaszpitalnych*, „Medycyna po Dyplomie”, 2023, nr 32.
- Stawińska-Witoszyńska B., Gałęcki J., Wasilewski W., *Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonu*, Warszawa 2019.
- Teresiński G., *Medycyna sądowa*, t. 1, PZWL, Warszawa 2022.
- Zoll A., *Kodeks karny. Część ogólna, Komentarz*, LEX, t. I, Warszawa 2012.



## S u m m a r y

### **Declaring death and issuing death certificates in the light of the new powers of managers of basic medical rescue teams**

The subject of this article is the issue of the newly acquired rights to confirm death and issue death certificates by managers of basic emergency medical teams (paramedics, nurses and nurses in the system). At the beginning, the study draws attention to an introduction to the issues and an explanation of the basic definitions. The next part of the work discusses the characteristics of the signs of death, legal issues related to the participation of third parties and issues related to the issuance of medical documentation. The basis for the considerations when writing the article was to present the correct way to confirm death and issue death certificates.

**Key words:** declaration of death, death certificate, death, head of the emergency medical team