

Plak-Nowicka Barbara

Od: DWS07 <DWS07@kprm.gov.pl>
Wysłano: poniedziałek, 17 sierpnia 2026 12:05
Do: kancelaria
DW: [REDACTED]
Temat: PETYCJA - reforma badań psychologicznych i lekarskich kierowców zawodowych oraz systemu zarządzania zmieceniem

Uwaga!

Ta wiadomość pochodzi od zewnętrznego nadawcy. Zachowaj ostrożność podczas otwierania linków lub załączników.

Szanowni Państwo,
zgodnie z kompetencją przekazuję wiadomość e-mail do Ministerstwo Infrastruktury.

Wiadomość została wygenerowana automatycznie. Prosimy na nią nie odpowiadać.
Jeżeli chcesz się z nami skontaktować, wypełnij [formularz kontaktowy](#).

Departament Wniosków, Petycji i Skarg
gov.pl/premier
Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa
Infolinia dla obywatela: 222 500 151

[REDACTED]
Sent: Sunday, August 16, 2026 8:28 PM
To: bprm <bprm@kprm.gov.pl>; sekretariat.dnwpr <sekretariat.dnwpr@kprm.gov.pl>
Subject: PETYCJA - reforma badań psychologicznych i lekarskich kierowców zawodowych oraz systemu zarządzania zmieceniem

Szanowny Panie Premierze,

Na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach wnoszę o:

1. zainicjowanie i skoordynowanie międzyresortowego przeglądu systemu badań psychologicznych i lekarskich kierowców zawodowych oraz zasad przeciwdziałania zmęczeniu w przewozie osób i rzeczy;
2. powołanie zespołu z udziałem Ministerstwa Infrastruktury, Ministerstwa Zdrowia, Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Głównego Inspektoratu Transportu Drogowego, wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, psychologów transportu, specjalistów medycyny pracy i medycyny snu, przedstawicieli kierowców, przewoźników oraz ekspertów ochrony danych;
3. opracowanie i przeprowadzenie pilotażu zmian opisanych w niniejszej petycji, w pierwszej kolejności w przewozie osób, z niezależną oceną ich trafności, wykonalności, kosztów i wpływu na bezpieczeństwo;
4. przedstawienie publicznej informacji o wyniku przeglądu, rekomendowanych działaniach i harmonogramie ewentualnych zmian legislacyjnych lub organizacyjnych.

Uzasadnienie:

Tragiczny wypadek polskiego autokaru na Węgrzech skłania do ponownej oceny zabezpieczeń służących ograniczaniu ryzyka w transporcie drogowym. Nie przesądzam przyczyn tego konkretnego zdarzenia – powinny je ustalić właściwe organy. Uważam jednak, że bezpieczeństwo przewozu osób wymaga systemowego spojrzenia nie tylko na czas jazdy i odpoczynku, lecz także na jakość orzecznictwa, wiarygodność danych medycznych, aktualną zdolność do prowadzenia oraz zarządzanie zmęczeniem przez przewoźników.

Jestem psychologiem i psychoterapeutą. Nie wykonuję badań w psychologii transportu. Poniższe propozycje przedstawiam jako obywatelski zestaw kierunków oparty na wiedzy psychologicznej, rozmowach z osobami pracującymi w psychologii transport oraz analizie praktycznego funkcjonowania systemu. Nie są one gotowym projektem legislacyjnym; wymagają eksperckiej weryfikacji, konsultacji, oceny skutków i pilotażu.

Problem ma co najmniej cztery odrębne warstwy: rzetelność i kontrolowalność przebiegu badania, trafność stosowanych metod, wiarygodność informacji medycznych oraz zmęczenie powstające podczas konkretnego dyżuru lub trasy. Okresowe badanie psychologiczne może oceniać względnie trwałe funkcje i podatności, lecz nie może zastąpić bieżącego systemu zarządzania ryzykiem zmęczenia u przewoźnika.

Proponowane kierunki zmian:

1. Centralny rejestr i cyfrowy ślad audytowy badań

Należy uruchomić lub rozszerzyć centralną ewidencję tak, aby nie ograniczała się wyłącznie do końcowego orzeczenia. Dla każdego badania powinien powstawać możliwy do skontrolowania ślad proceduralny obejmujący co najmniej:

- potwierdzenie tożsamości osoby badanej oraz datę i czas rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych etapów;
- oznaczenie pracowni, psychologa, zastosowanych metod i ich wersji;
- informację o przerwach, odroczeniu lub przerwaniu badania;
- identyfikator urządzenia i datę jego kalibracji;
- standaryzowane dane wynikowe, końcowe orzeczenie oraz informację o ewentualnym trybie odwoławczym.

Dostęp do danych szczegółowych powinien przysługiwać wyłącznie uprawnionym organom nadzoru i podmiotom odwoławczym; pracodawca powinien otrzymywać jedynie informację o zdolności i ograniczeniach. Pełne nagrywanie wywiadów nie jest konieczne. Warto natomiast pilotażowo rozważyć wrywkową, krótką rejestrację obrazu bez dźwięku, ograniczoną do potwierdzenia tożsamości i faktycznego przeprowadzenia procedur, z wyłączeniem treści wywiadu i chronionych materiałów testowych oraz z krótkim okresem przechowywania.

2. Kontrole pracowni oparte na analizie ryzyka

Nadzór powinien wykorzystywać zestaw sygnałów wskazujących, że pracownia wymaga kontroli, zamiast opierać się wyłącznie na kontrolach rutynowych. Do sygnałów tych mogą należeć:

- nietypowo wysoki odsetek orzeczeń pozytywnych w zestawieniu z profilem badanych osób;
- badania trwające systematycznie krócej niż wynikałoby to z przyjętej metodyki;
- nietypowy geograficzny profil klientów, zwłaszcza w połączeniu z innymi sygnałami;
- liczne ponowne badania tych samych osób, brak wymaganej dokumentacji lub niewiarygodnie powtarzalne profile wyników;
- skargi, sygnały o obchodzeniu procedur albo powiązanie z serią zdarzeń wymagających analizy.

Żaden pojedynczy wskaźnik nie powinien automatycznie prowadzić do sankcji. Powinien uruchamiać przegląd dokumentacji i procedur, z uwzględnieniem różnic między populacjami badanymi w poszczególnych pracowniach.

3. Zablokowanie „turystyki orzeczniczej”

Obowiązująca procedura przewiduje ponowne badanie w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy po złożeniu wniosku w terminie 14 dni za pośrednictwem psychologa, który wydał pierwsze orzeczenie. System powinien uniemożliwiać obchodzenie tej ścieżki przez rozpoczęcie kolejnego „pierwszego” badania w innej pracowni.

- Każde orzeczenie negatywne powinno być niezwłocznie widoczne w centralnym rejestrze.
- Do czasu zakończenia terminu odwoławczego lub postępowania odwoławczego wykonanie kolejnego badania pierwszoinstancyjnego powinno być technicznie zablokowane.
- Rejestrowane powinny być także badania przerwane, odroczone i nierozstrzygnięte, aby nie można było ukryć niekorzystnego przebiegu procedury.

4. Ogólnopolski minimalny standard baterii i walidacja na kierowcach zawodowych

Standard powinien określać nie nazwę jednego komercyjnego testu, lecz konstrukty, minimalne warunki pomiaru oraz wymagane parametry wynikowe. W odniesieniu do kierowców przewożących pasażerów powinien obejmować co najmniej:

- utrzymanie uwagi i czujności w dłuższym, monotonnym zadaniu;
- liczbę luk uwagi, skrajnie wolnych reakcji i zmienność czasu reakcji, a nie tylko średni wynik;
- spadek wykonania między początkiem i końcem zadania;
- uwagę podzielną, odporność na dystraktory i czas odzyskania stabilnego wykonania po zakłóceniu;
- spostrzeganie rozwijających się zagrożeń drogowych;
- koordynację wzrokowo-ruchową i inne funkcje psychomotoryczne istotne dla bezpiecznej jazdy.

Nie należy traktować „odporności na zmęczenie” jako jednej, stałej cechy mierzonej raz na kilka lat. W badaniu okresowym można oceniać podatność na spadek czujności w standaryzowanych warunkach, natomiast bieżące zmęczenie wymaga osobnego zarządzania operacyjnego. Normy i punkty odcięcia powinny zostać zwalidowane na polskich kierowcach autobusów i pojazdów ciężkich, z wykorzystaniem danych o zdarzeniach, bliskich wypadkach i funkcjonowaniu w pracy.

5. Ograniczona weryfikacja danych medycznych istotnych dla bezpieczeństwa

Samo oświadczenie osoby badanej może być niewystarczające w sytuacji, w której ujawnienie choroby lub leku jest postrzegane jako zagrożenie dla zatrudnienia. Uprawniony lekarz orzekający powinien mieć – na wyraźnej podstawie prawnej, w ograniczonym zakresie i na czas badania – dostęp do danych bezpośrednio związanych z bezpieczeństwem prowadzenia, takich jak:

- rozpoznanie padaczki, napadów lub niewyjaśnionych utrat przytomności;
- rozpoznanie umiarkowanego lub ciężkiego obturacyjnego bezdechu sennego i zalecenia dotyczące leczenia;
- aktywne lub niedawno realizowane recepty na leki mogące istotnie ograniczać czujność;
- specjalistyczne zalecenia dotyczące czasowego zakazu lub warunków prowadzenia pojazdów.

Dostępu tego nie powinien mieć pracodawca ani psycholog transportu, a lekarz nie powinien otrzymywać pełnych notatek psychoterapeutycznych ani danych niezwiązanych z bezpieczeństwem jazdy. Samo stosowanie leku nie może automatycznie dyskwalifikować: znaczenie mają wskazanie, dawka, pora przyjmowania, czas od rozpoczęcia terapii, działania niepożądane i stabilność leczenia.

Ścieżka obturacyjnego bezdechu sennego. Przesiew powinien łączyć zwalidowany kwestionariusz (np. STOP-Bang lub równoważny), BMI, obwód szyi, ciśnienie, wywiad o chrapaniu i obserwowanych bezdechach, historię zasypiania lub bliskich wypadków oraz charakter zmian i tras. Podwyższone ryzyko powinno prowadzić do szybkiej diagnostyki – domowego badania snu lub polisomnografii. Leczone i dobrze kontrolowane OSA nie powinno oznaczać automatycznej utraty uprawnień; konieczna jest natomiast okresowa ocena skuteczności leczenia i czujności.

6. Bardziej zróżnicowany model orzekania i szybka ścieżka powrotu do pracy

Zamiast sprowadzać decyzję do trwałego „zdolny/niezdolny”, system powinien w sposób jednolity umożliwiać cztery rodzaje rozstrzygnięć:

- zdolny;
- zdolny z określonym ograniczeniem lub krótszym terminem kolejnej kontroli;
- czasowo niezdolny do zakończenia diagnostyki albo ustabilizowania leczenia;
- niezdolny w przypadku trwałego, istotnego przeciwwskazania.

Rozwiązanie to może zwiększyć gotowość kierowców do ujawniania problemów. Podejrzenie bezdechu, działanie niepożądane leku czy pojedyncza utrata przytomności powinny uruchamiać szybką diagnostykę i jasną drogę odzyskania zdolności po opanowaniu ryzyka, a nie automatyczne i nieodwracalne wykluczenie zawodowe.

7. Badanie uruchamiane zdarzeniem, a nie wyłącznie kalendarzem

Dodatkowa, szybka ocena lekarska lub psychologiczna powinna następować po zdarzeniach mogących wskazywać na utratę czujności lub nagłą zmianę stanu, w szczególności po:

- niewyjaśnionym zjechaniu z pasa, podejrzeniu zaśnięcia lub serii alarmów systemu wykrywania senności;
- utracie przytomności, napadzie albo powtarzających się mikrosnach;
- wypadku lub poważnym zdarzeniu potencjalnie związanym ze snem, czujnością lub stanem zdrowia;
- nowym rozpoznaniem padaczki albo bezdechu sennego;
- rozpoczęciu lub istotnej zmianie leczenia silnie sedującego.

Takie zdarzenie nie powinno automatycznie oznaczać utraty pracy. Powinno uruchamiać proporcjonalną, szybką i specjalistyczną ocenę.

8. Obowiązkowy system zarządzania ryzykiem zmęczenia u przewoźników pasażerskich

Przestrzeganie formalnych limitów czasu jazdy i odpoczynku jest konieczne, ale nie gwarantuje, że kierowca rzeczywiście spał i odzyskał sprawność. Przewoźnicy pasażerscy powinni wdrożyć system zarządzania ryzykiem zmęczenia (Fatigue Risk Management System, FRMS), obejmujący:

- ocenę ryzyka grafików z uwzględnieniem pory nocnej, czasu czuwania i częstych zmian rytmu;
- uwzględnianie dojazdu do pracy i innych wykonywanych prac, w granicach możliwych prawnie i organizacyjnie;
- planowanie pracy dwóch kierowców na podstawie rzeczywistej możliwości odpoczynku i zapewnienie miejsca umożliwiającego sen;
- procedurę zgłoszenia niezdolności z powodu zmęczenia bez automatycznej kary finansowej lub represji;
- rejestrowanie bliskich wypadków, alarmów systemów senności i danych telematycznych istotnych dla bezpieczeństwa;
- analizę zdarzeń po trasie oraz czasowe odsunięcie od prowadzenia po alarmujących sygnałach, z równoczesnym zapewnieniem szybkiej diagnostyki.

Psychotest nie powinien stawać się alibi dla niewłaściwie ułożonego grafiku lub warunków, które uniemożliwiają realny odpoczynek.

9. Pilotaż, niezależna ewaluacja i ochrona przed niezamierzonymi skutkami

Przed wdrożeniem ogólnopolskim proponuję pilotaż w kilku województwach, rozpoczęty od kierowców autobusów i autokarów. Powinien on mieć z góry określone kryteria oceny oraz niezależny nadzór metodologiczny.

- Należy ocenić trafność nowych wskaźników wobec rzeczywistych zdarzeń, bliskich wypadków i danych o funkcjonowaniu.
- Trzeba oszacować liczbę wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych, koszty, czas badania i dostępność diagnostyki odwoławczej.

- Algorytmy nadzoru nie powinny automatycznie odbierać uprawnień; mają wskazywać przypadki do oceny człowieka.
- Pilotaż powinien obejmować audyt ochrony danych, bezpieczeństwa testów i ryzyka dyskryminacji osób skutecznie leczonych.
- Wyniki i uzasadnienie ostatecznych decyzji powinny zostać opublikowane.

Podsumowanie:

Proponowane zmiany nie powinny być rozumiane jako próba masowego eliminowania kierowców z zawodu. Ich celem jest stworzenie systemu, który wcześniej wykrywa ryzyko, utrudnia obchodzenie procedur, kieruje do diagnostyki i leczenia oraz umożliwia bezpieczny powrót do pracy po opanowaniu problemu.

Najważniejsze jest połączenie czterech zabezpieczeń: rzetelnego badania okresowego, wiarygodnej i proporcjonalnej weryfikacji medycznej, dodatkowej oceny po zdarzeniu oraz codziennego zarządzania zmęczeniem przez przewoźnika. Żadne z nich osobno nie zastąpi pozostałych.

Proszę o przekazanie petycji właściwym ministrom i instytucjom, zainicjowanie prac międzyresortowych oraz poinformowanie mnie o sposobie jej rozpatrzenia. Pozostaję do dyspozycji w zakresie doprecyzowania przedstawionych postulatów.

Z wyrazami szacunku,

