

dnia 13-09-2026 r.

Do:

Minister Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej,
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Prezes Najwyższej Izby Kontroli (NIK),
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej,
ul. Wiejska 4/6/8, 00-902 Warszawa

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa

PETYCJA OBYWATELSKA ORAZ STANOWISKO EKSPERCKIE

(w sprawie systemowych i strukturalnych błędów u podstaw funkcjonowania publicznego systemu zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej – wnioski, analizy i rozwiązania na bazie własnej 16-letniej praktyki medycznej międzynarodowej)

Działając na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. oraz w oparciu o przepisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U. 2014 poz. 1195), składam niniejszą petycję w interesie publicznym, wnosząc o podjęcie natychmiastowych działań legislacyjnych i naprawczych, które uzdrowią polski system ochrony zdrowia. Stanowisko opiera się na ponad 16-letnim stażu zawodowym w dziedzinie medycyny ratunkowej i intensywnej terapii w czterech różnych krajach świata, w tym blisko 5 latach bezpośredniej praktyki medycznej w realiach polskich szpitali.

CZĘŚĆ I: KORZEŃ KRYZYSU – PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)

Kryzys publicznej medycyny leży u samych jej korzeni – na poziomie POZ. To tutaj dochodzi do paraliżu, który uruchamia destrukcyjny efekt domina dla całego systemu ochrony zdrowia – od ratownictwa medycznego, przez szpitalne oddziały, aż po finanse publiczne.

1. Patologia „polityki numerków” i brak fizycznej dostępności lekarza pierwszego kontaktu

Obecna organizacja pracy przychodni lekarza POZ to jawna fikcja oparta na konieczności rejestracji z wielotygodniowym wyprzedzeniem. Pacjent z nagłym zachorowaniem, wysoką gorączką czy ostrym bólem słyszy w rejestracji: „Numerki na dziś się skończyły, proszę próbować jutro od 6 rano”. Człowiek w ostrym stanie zostaje zatrzaśnięty przed drzwiami gabinetu, do którego ma konstytucyjne prawo. W realiach rynkowych lekarz pierwszego kontaktu w blisko 70% przypadków pełni funkcję urzędnika-rejestratora, marnując czas na mechaniczne wypisywanie e-recept i zwolnień (L4). Polski system ochrony zdrowia uniemożliwia pacjentowi szybki kontakt z lekarzem w obliczu infekcji.

• **Postulat naprawczy** – wprowadzenie obligatoryjnej „żywej kolejki”: Każda placówka POZ musi mieć hybrydowy model przyjęć. Obok pacjentów przewlekłych, sztywna pula miejsc (np. w proporcji 15 do 15) musi być bezwzględnie rezerwowana każdego dnia dla osób z nagłymi infekcjami, przyjmowanych na bieżąco bez uprzedniej rejestracji.

2. Masowe uchylanie się od wizyt domowych u pacjentów obłożnie chorych

Unikanie przez lekarzy POZ realizacji wizyt domowych u pacjentów o ograniczonej mobilności jest niedopuszczalne. Korekta dawek leków na nadciśnienie u niechodzącej seniorki w jej domu to podstawowy obowiązek zawodowy lekarza pierwszego kontaktu. Przez masowe odmowy przerażone rodziny wzywają Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM). W efekcie wyspecjalizowane karetki pełnią funkcję wyjazdowej receptury, zamiast ratować ludzi w stanach zagrożenia życia.

• **Postulat naprawczy** – sztywny podział czasu pracy: Wnosi się o ogólnokrajowy standard harmonogramu lekarza POZ: np. 7:00 – 14:00 przyjęcia stacjonarne (kolejka planowa i „żywa”), a 14:00 – 18:00 czas przeznaczony wyłącznie na obligatoryjną realizację wizyt domowych u pacjentów obłożnie chorych, z surowymi karami finansowymi od NFZ dla przychodni odmawiających takich wyjazdów.

3. Przywrócenie zawodu felczera jako klucz do odciążenia placówek POZ

Wygaszenie zawodu felczera to potężny błąd. Łódzkie liceum felcherskie wypuściło swój ostatni rocznik w grudniu 1958 roku, a od 1 stycznia 2022 roku całkowicie zablokowano możliwość przyznawania nowego prawa wykonywania tego zawodu na terenie RP. Choć w rejestrze figuruje jeszcze ok. 200 osób, są to w większości emeryci w wieku ok. 90 lat, którzy dawno nie praktykują. Symbolem przetrwania jest 86-letni Stefan Torczyński na Podlasiu – absolwent z Łodzi z 1958 r., który od blisko 68 lat nieprzerwanie niesie pomoc w wiejskim ośrodku. Likwidując felcherów, polski system ochrony zdrowia stworzył katastrofalną lukę. Do każdej błahej czynności system wymaga zaangażowania lekarza z 6-letnim wykształceniem i specjalizacją, co marnuje publiczne pieniądze. Felcher powinien przejąć 80% rutyny administracyjnej i ordynować podstawowe leki.

Doświadczeni felcherzy z krajów trzecich (np. z Białorusi) w liczbie ok. 3000 osób przebywających w RP zostali odcięci od struktur – po zmianach legislacyjnych nie mają nawet teoretycznej możliwości podjęcia kroków w celu legalizacji czy nostryfikacji dyplomu. Droga została przed nimi zamknięta na głucho.

• Postulat naprawczy:

Ścieżka I (Akademicka) – wprowadzenie dwustopniowego kierunku lekarskiego (Model 3+3), gdzie I stopień (3 lata) kończy się tytułem licencjata medycyny / felczera z prawem pracy w POZ i ZRM.

Ścieżka II (Kadry spoza UE) – pilne umożliwienie tym osobom przystąpienia do Państwowego Egzaminu Felcherskiego (PEF) w celu uzyskania PWZ i zasilenia deficytowych placówek POZ.

CZĘŚĆ II: SZPITALNY ABSURD – SYSTEMOWY PARALIŻ SOR I TRZYKROTNE KOSZTY NFZ

4. Dysfunkcja Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) – transformacja w całodobową przychodnię

SOR stał się głównym błędem, jaki posiada polski system ochrony zdrowia. W praktyce to całodobowa przychodnia 24/7, gdzie ok. 80% pacjentów nie powinno się znajdować, bo ich stan nie zagraża życiu. Przyczyną jest POZ masowo wystawiający skierowania „z czymkolwiek”, by zrzucić odpowiedzialność na szpital. TRIAGE działa tylko na papierze, odmówić pacjentowi podczas segregacji medycznej jest niemożliwe.

Większość pacjentów z tym skierowaniem od lekarza POZ przychodzi i trafia pod opiekę lekarza dyżurnego SOR, który po całym kompleksie podstawowych, niezbędnych badań dopiero, być może, wyznaczy konsultację specjalisty. To znaczy, że fizycznie lekarz pierwszego kontaktu kieruje pacjenta do specjalisty, ale znowu przez takiego samego lekarza pierwszego kontaktu (lekarza SOR)! Tego nie powinno być w strukturach w ogóle. To jest po prostu ordynarne zrzucanie z siebie odpowiedzialności. Jeżeli pacjent ma jechać do chirurga – to ma jechać do chirurga, do neurologa – to do neurologa. Po wcześniejszym telefonie i jasnej umowie między lekarzami. Lekarz SOR w ogóle żadnym bokiem nie powinien zajmować się niczym, co dotyczy pacjentów z planowym skierowaniem do lekarza specjalisty. Lekarz na SORze jest od innych zadań!

5. Ekonomiczny absurd i marnotrawstwo środków publicznych (NFZ)

Obecny system finansuje biurokrację, doprowadzając do skrajnej niegospodarności publicznymi pieniędzmi. Ten sam pacjent z jednym problemem jest rozliczany trzykrotnie w obrębie jednej placówki:

- 1) NFZ płaci POZ za wizytę ze skierowaniem;
- 2) Pacjent trafia na SOR, gdzie „mieszka” pod obserwacją 1-2-3-4 dni, generując astronomiczne koszty hospitalizacji ratunkowej i dublowanych badań;
- 3) Pacjent zostaje wypisany z zaleceniem udania się do poradni specjalistycznej, która się znajduje w tym samym szpitalu, co uruchamia trzecią procedurę.

O ileż tańsze byłoby, gdyby lekarz POZ telefonicznie uzgodnił z lekarzem oddziału odpowiedniego przyjęcie pacjenta bezpośrednio, omijając drogi SOR. Mityczne „na dobro pacjenta” zajmuje ostatnie miejsce w tym łańcuchu obrotu papieru.

6. Dowód empiryczny – analiza własna a oficjalne raporty Najwyższej Izby Kontroli (NIK)

Na poparcie powyższych wniosków przedstawiam twarde dane z rzetelnej, 3-letniej własnej próby badawczej opartej na analizie danych 3812 pacjentów urazowych, którzy zgłosili się do jednego ze szpitali powiatowych z pełnym spektrum problemów (od uszkodzenia paznokcia do amputacji kończyny):

- Liczba pacjentów wymagających hospitalizacji: zaledwie 217 osób (tylko 5,69% całej grupy).
- Liczba pacjentów kwalifikujących się wyłącznie do leczenia ambulatoryjnego: aż 3595 osób (aż 94,31% całej grupy).

Ten przykład stanowi miarodajne odzwierciedlenie patologii w skali całego systemu. Kontrole NIK jednoznacznie wskazują, że większość pacjentów na SOR to osoby, które powinny otrzymać pomoc w ramach POZ lub AOS. Finansowanie ich obsługi w ramach struktur szpitalnych generuje potężne koszty, podczas gdy pacjent z ambulatoryjnym problemem „blokuje” SOR, odbierając szansę na pomoc tym w realnym stanie krytycznym.

CZĘŚĆ III: PARALIŻ AMBULATORYJNY – REFORMA OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ I OSTREJ ORTOPEDII

7. Brak drożności w AmbulATORYJnej Opiece Specjalistycznej (AOS)

Wielomiesięczne i ponadroczne kolejki do poradni AOS (kardiologia, neurologia) zmuszają obywateli do traktowania SOR jako „diagnostycznego skrótu”. Pacjenci doskonale nauczyli się: „Brak terminów? Jedź na SOR, tam zrobią pełną diagnostykę laboratoryjną i obrazową (RTG, TK) w 1-2 dni, zamiast czekać rok”. Ludzkie potrzeby i strach zmuszają obywateli do korzystania z tego skrótu, co paraliżuje medycynę ratunkową.

8. Absurd w obszarze ambulatoryjnej opieki ortopedycznej

Pacjent z przytraśniętym palcem czy lekkim stłuczeniem jest zmuszony udać się na SOR, ponieważ lokalna poradnia ortopedyczna pracuje w ściśle limitowanych godzinach i na wielotygodniowe zapisy. Jednak przytraśnięty palec to NIE JEST stan nagłego zagrożenia życia! Takie przypadki nigdy nie powinny przekroczyć progu SOR. Przez to dyżurnemu personelowi dramatycznie brakuje rąk do pracy dla pacjentów znajdujących się w stanach krytycznych.

9. Propozycja rozwiązań systemowych – zniesienie skierowań i sieć całodobowych Gabinetów Ostrego Dyżuru Ortopedycznego (24/7)

Wnosi się o natychmiastowe wdrożenie konkretnych, sprawdzonych w realiach klinicznych rozwiązań, które zdejmą ciężar z lekarzy SOR, zlikwidują zbędną biurokrację i radykalnie zmniejszą obciążenie finansowe budżetu:

- Zniesienie obowiązku posiadania skierowania do poradni ortopedycznej: Postuluje się, aby poradnia ortopedyczno-urazowa przyjmowała pacjentów ze świeżymi urazami BEZ SKIEROWANIA od lekarza POZ – na dokładnie takich samych zasadach, na jakich obecnie odbywają się wizyty u psychiatry czy ginekologa. Należy raz na zawsze wyeliminować bzdurny wymóg stania w kolejce do lekarza rodzinnego wyłącznie po papier do ortopedy.
- Utworzenie autonomicznych Gabinetów Ostrego Dyżuru Ortopedycznego (24/7): Wnosi się o obligatoryjne wydzielenie w strukturach każdego SOR-u, Izby Przyjęć lub przy większych przychodniach POZ osobnego, autonomicznego gabinetu „Ostrego Dyżuru Ortopedycznego 24/7” działającego na zasadach zbliżonych do Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, dedykowanego wyłącznie pacjentom urazowym niewymagającym hospitalizacji

- Korzyści finansowe dla NFZ: Praca takiego gabinetu będzie rozliczana według tańszej procedury ambulatoryjnej, co generuje potężne oszczędności, podczas gdy obecne „mieszkanie” pacjenta urazowego na SOR wymusza rozliczanie według astronomicznie drogich taryf szpitalnych.

- Infrastrukturalny standard modułu: Aby ten projekt nie stał się kolejną papierową fikcją, gabinet ten – oprócz zespołu złożonego z lekarza oraz pielęgniarki lub ratownika medycznego – musi być całkowicie niezależny i posiadać na miejscu:

1. Możliwość wykonania natychmiastowej diagnostyki RTG w obrębie modułu.
 2. Autonomiczny gabinet zabiegowy do małej chirurgii (m.in. szycie ran).
 3. W pełni wyposażoną gipsownię (gabinet gipsowy) do natychmiastowego zakładania i zdejmowania unieruchomień.
- W razie realnej konieczności operacyjnej, lekarz z tego gabinetu ma prawo bezpośrednio skonsultować pacjenta ze specjalistą na oddziale stacjonarnym i przekazać go prosto na blok operacyjny.

Wzorzec logistyczny do naśladowania (Przykład Świętokrzyski):

Jasnym i działającym modelem prawidłowej organizacji jest przykład Izby Przyjęć Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii w Kielcach. Tam efektywnie funkcjonują trzy niezależne gabinety: pediatryczny, chirurgiczny i ortopedyczny. Pacjent przechodzi celową segregację, otrzymuje podstawowe badania na miejscu i w razie potrzeby trafia bezpośrednio do specjalisty na oddział. Mniej papirologii – więcej realnego działania.

CZĘŚĆ IV: PARALIŻ RATOWNICTWA – DYSFUNKCJA SYSTEMU ZRM I EKSTREMALNE ŚRODKI ZARADCZE

10. Paraliż Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) – fikcja dyspozytorni medycznych i systemowe fałszowanie powodów wezwań

Z pełną odpowiedzialnością i na podstawie wieloletniej praktyki klinicznej w strukturach ratunkowych należy stwierdzić, że blisko 70% wyjazdów systemowych ambulansów (karetek) dotyczy przypadków, które bezwzględnie powinny być zaopatrzone przez lekarzy POZ lub nocną pomoc lekarską.

W konsekwencji w mediach regularnie pojawiają się tragiczne doniesienia o śmierci pacjentów (w tym dzieci) w wypadkach drogowych czy przy nagłym zatrzymaniu krążenia, ponieważ najbliższa karetka jechała na miejsce zbyt długo. A dlaczego jechała długo? Ponieważ w tym samym czasie zespół ratowników medycznych realizował zadania lekarza rodzinnego – korygował przewlekłe nadciśnienie tętnicze u seniora lub edukował młodą matkę w zakresie prawidłowego odciągania mleka (laktacji). Nie negując nikogoś prawa do opieki medycznej, należy jasno podkreślić: karetka systemowa nie służy do opieki przewlekłej i socjalnej!

Głównym problemem jest system rejestracji wyzwań w ogólnokrajowym Systemie Wspomagania Dowodzenia (SWD PRM). Dyspozytorzy medyczni, kierowani panicznym lękiem przed odpowiedzialnością karną i cywilną, masowo przyjmują wezwania niekwalifikujące się do kategorii ratunkowej. Aby w systemie jakkolwiek „uzasadnić” wysłanie karetki do błahego przypadku, stosowana jest powszechna, patologiczna praktyka dopisywania w powodzie wezwania uniwersalnej formuły: „pacjent oddycha inaczej niż zwykle”. W ten sposób zwykły uraz palca czy przewlekły skok ciśnienia staje się w dokumentach rzekomym zagrożeniem niewydolności oddechowej, co obliguje zespół do wyjazdu na sygnale.

Wnosi się o podjęcie natychmiastowych zmian legislacyjnych:

- Wdrożenie algorytmów anglosaskich (wzór brytyjskiego systemu NHS Pathways oraz międzynarodowego standardu AMPDS): Wprowadzenie do polskich dyspozytorni medycznych sztywnego, prawnie usankcjonowanego systemu klinicznych algorytmów pytań (katalog zamknięty np. 10 pytań). Jeśli dzwoniący nie spełnia kryteriów zagrażających życiu w ramach protokołu, system automatycznie generuje decyzję odmowną, a dyspozytor ma ustawowy obowiązek przekierowania zgłoszenia do POZ lub NiŚOZ.

- Ustawowe zniesienie odpowiedzialności z dyspozytorów: Zapisanie w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) klauzuli wyłączającej odpowiedzialność prawną dyspozytora w przypadku, gdy odmowa wysłania ZRM była w 100% zgodna z ogólnie zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia algorytmem medycznym.
- Restrykcyjne kary finansowe i egzekucja komunalna (Wzór Litwy i Łotwy): W tamtejszych systemach dyspozytor obliguje wzywającego komunikatem: „ZRM przyjedzie, ale jeśli po zakończeniu czynności kierownik zespołu oznaczy w systemie, że stan zdrowia nie wymagał czynności ratunkowych, wizyta będzie płatna”. Co kluczowe, w polskim systemie SWD PRM w Elektronicznej Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych już teraz istnieje techniczna możliwość wdrożenia tego mechanizmu – jest to pole wyboru (checkbox): „Czy pacjent w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego: Tak/Nie”. Obecnie służy ono jedynie martwej statystyce. Postuluje się nadanie mu mocy prawnej instrumentu finansowego. Jeśli kierownik zaznaczy opcję „NIE”, system automatycznie generuje fakturę obciążającą dłużnika kosztem wyjazdu ZRM. W przypadku braku dobrowolnej wpłaty w ustawowym terminie, dane dłużnika są przekazywane do Urzędu Skarbowego w celu egzekucji administracyjnej, a także bezpośrednio do przedsiębiorstw komunalnych (dostawców prądu, gazu i wody) w celu odcięcia mediów i usług komunalnych do czasu uregulowania długu.

11. Wdrożenie instytucji „Zgłoszenia do aktywnej kontroli lekarskiej” (Wzór Białoruski)

Postuluje się wdrożenie instytucji obligatoryjnego przekazywania aktywnego zgłoszenia do przychodni rodzinnej (wzorem białoruskiego systemu „aktywnej wizyty lekarza prowadzącego”). Obecny model po wizycie ZRM u pacjenta przewlekłego wygląda tak: zespół podaje leki doraźne, stabilizuje parametry życiowe i opuszcza mieszkanie z ustnym zaleceniem: „proszę jutro udać się do swojego lekarza POZ”. W praktyce pacjenci nigdzie się nie zgłaszają. Po kilkunastu godzinach działanie leków mija, stan pacjenta ponownie się pogarsza i system generuje kolejne, całkowicie zbędne wezwanie tej samej karetki.

- **Postulat naprawczy:** W przypadku, gdy ZRM stwierdzi, że pacjent nie wymaga hospitalizacji, ale jego stan wymaga kontroli, kierownik zespołu ma prawo i ustawowy obowiązek założyć w systemie informatycznym SWD PRM elektroniczne „Zgłoszenie do aktywnej kontroli lekarskiej”. System automatycznie i bezwzględnie przesyła to zgłoszenie do deklarowanej przychodni POZ. Taki mechanizm nakłada na lekarza rodzinnego (lub felczera) ustawowy, niepodważalny obowiązek odbycia wizyty domowej lub przeprowadzenia pilnej konsultacji u danego pacjenta w ciągu najbliższych 24 godzin od zgłoszenia. Brak realizacji tego zgłoszenia przez przychodnię powinien skutkować surowymi karami finansowymi nakładanymi na placówkę przez NFZ.

12. Kryzys i całkowita nieefektywność zespołów specjalistycznych (ZRM typu „S”)

Funkcjonowanie w strukturach zespołów typu „S” (Specjalistyczne – z lekarzem w składzie) to kolejna organizacyjna i finansowa fikcja, która nie działa w stopniu absolutnym. Wizyty lekarzy w zespołach „S” w około 70% przypadków obejmują dokładnie te same, błahe wezwania ambulatoryjne, co w przypadku zespołów podstawowych. Kosztują budżet drastycznie drożej, a zysk medyczny i realny ratunkowy efekt z obecności lekarza na pokładzie karetki w takich realiach jest bliski zeru. Trzyosobowy zespół ratownictwa medycznego typu „P” (ratownicy medyczni/pielęgniarze/-ki) jest w pełni kompetentny i przygotowany do zabezpieczenia pacjenta w każdej, nawet najbardziej krytycznej sytuacji na etapie przedszpitalnym.

• Wnosi się o podjęcie radykalnych reform strukturalnych: Całkowita likwidacja zespołów typu „S” i przekształcenie ich w wydajne zespoły trzyosobowe typu „P”. Alternatywnie – radykalne ograniczenie i relokacja: Pozostawienie maksymalnie jednego zespołu „S” na całą stację/powiat, dedykowanego WYŁĄCZNIE do najcięższych przypadków reanimacyjnych, katastrof i wypadków masowych, z kategorycznym zakazem wysyłania go do zachorowań ogólnych. Co kluczowe, utrzymanie zespołu typu „S” w danej lokalizacji jest dopuszczalne wyłącznie pod warunkiem jednoczesnego stacjonowania w tym samym miejscu zespołu podstawowego typu „P”. Zespół „P” musi stanowić pierwszą linię zabezpieczenia rejonu, aby wyspecjalizowana i kosztowna obsada zespołu „S” nie była blokowana przez rutynowe wezwania ambulatoryjne. Alternatywnie – wykorzystanie instytucji felczera, który ma pełne prawo i ustawowe umocowanie do przejmowania obowiązków kierownika zespołu ratowniczego w zastępstwie lekarza.

13. Reforma czasu pracy ZRM, organizacji zmian oraz przerw na posiłek i obsługę techniczną

Obecny model, w którym wszystkie zespoły na danej stacji rozpoczynają i kończą dyżur o tej samej godzinie (najczęściej o 7:00 i 19:00), generuje poważne zaburzenia w działaniu struktur i łamie prawa pracownicze. Powszechną patologią jest sytuacja, w której o godzinie 6:50 system generuje wezwanie do pacjenta (często z dopisanym powodem „oddycha inaczej”). W efekcie zespół kończący ciężki dyżur nocny zmuszony jest do wyjazdu, przez co nie kończy swojej zmiany na czas, a przekazanie dyżuru odbywa się z ogromnym opóźnieniem. Ponadto personel nie ma oficjalnego, gwarantowanego czasu na przyjęcie posiłku oraz obsługę ambulansu.

• **Postulat naprawczy** – kaskadowe godziny rozpoczynania dyżurów (przykład dla stacji z 4 karetkami w trybie całodobowym 24h):

- Zespół 1: dyżur w godzinach 7:00 – 7:00
- Zespół 2: dyżur w godzinach 7:30 – 7:30
- Zespół 3: dyżur w godzinach 8:00 – 8:00
- Zespół 4: dyżur w godzinach 8:30 – 8:30

Wdrożenie tego rozwiązania całkowicie eliminuje problem nakładek i paraliżu stacji podczas przekazywania dyżurów. Towarzyszyć temu muszą gwarantowane, rotacyjne przerwy na posiłek oraz obsługę techniczną (uzupełnienie bazy leków, ampularium, tlenu medycznego itd.) na przełomie zmiany dziennej i nocnej (przykład wieczorny):

- Zespół 1: przerwa w godzinach 18:30 – 19:00 (przed końcem umownej zmiany dziennej)
- Zespół 2: przerwa w godzinach 19:00 – 19:30
- Zespół 3: przerwa w godzinach 19:30 – 20:00
- Zespół 4: przerwa w godzinach 20:00 – 20:30

Wprowadzenie tego standardu oznacza, że w wyznaczonym czasie (np. 18:30 – 19:00 dla Zespołu 1) zespół ten – z bezwzględny wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia (np. nagłe zatrzymanie krążenia, ciężkie wypadki) – ma gwarancję, że nie zostanie zadysponowany przez dyspozytora medycznego do żadnych zachorowań ogólnych. Ciągłość zabezpieczenia rejonu i wolne siły dla dyspozytorni są w 100% gwarantowane przez Zespoły 2, 3 i 4, które swoje analogiczne przerwy techniczno-posiłkowe odbędą kaskadowo w późniejszych godzinach. To rozwiązanie ostatecznie likwiduje zjawisko przetrzymywania wycieńczonych zespołów na liniach i porządkuje logistykę bazy.

14. Kryterium populacji rzeczywistej a centralizacja dyslokacji powiatowej (Wzór Świętokrzyski)

Kalkulacja liczby i lokalizacji stacjonowania ZRM na podstawie osób oficjalnie zameldowanych (zameldowanie), a nie realnie zamieszkujących – to potężny błąd. Żywym i przerażającym przykładem są aglomeracje podwarszawskie, takie jak Łomianki czy Nowy Dwór Mazowiecki z okolicami. Mieszka tam de facto populacja wielokrotnie wyższa, gęstość zaludnienia jest potężna, a w statystykach figuruje zaledwie parędziesiąt tysięcy ludzi. W efekcie system przydziela zaledwie JEDNĄ karetkę na całe Łomianki i JEDNĄ na cały Nowy Dwór Mazowiecki! To skrajna nieodpowiedzialność.

• **Postulat naprawczy**: Liczba ZRM musi być kalkulowana na podstawie danych **Big Data** (np. logowania sieci komórkowych), odzwierciedlających realną liczbę ludności przebywającą na danym obszarze każdego dnia. Jednocześnie postuluje się centralizację dyslokacji karetek w obrębie powiatu (wzór rozwiązań Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego). Skoncentrowanie wszystkich dostępnych sił (3–5 zespołów) na terenie jednej centralnej stacji powiatowej (np. jak w Skarżysku-Kamiennie lub Starachowicach) zapewnia pełną płynność dyspozycji, pracę w jednej wspólnej kolejce zgłoszeń oraz sprawiedliwy rozdział obciążenia pracą.

15. Krytyka zasady „najbliższego SOR” w przypadkach profilowych

Zasada nakazująca transport pacjenta do najbliższego geograficznie SOR-u jest uzasadniona wyłącznie w stanach bezpośredniego zatrzymania krążenia lub głębokiego wstrząsu. Transportowanie stabilnego pacjenta z urazem oka i utratą wzroku do szpitala, gdzie nie ma okulisty, lub z ostrym atakiem kolki nerkowej na SOR placówki pozbawionej oddziału urologicznego – to jest czyste urąganie ludzkiej godności i dobrostanowi pacjenta przede wszystkim, a personelowi medycznemu wtórnie. W tym momencie lekarz SOR staje się zwykłym urzędnikiem-telefonistą, spędzając godziny na próbach administracyjnego uzgodnienia i przepisania pacjenta tam, gdzie realnie otrzyma pomoc specjalistyczną! Czy to jest to mityczne „na dobro pacjenta”? Przecież pacjentek ginekologicznych do psychiatriy się nie wozi, a psychiatrycznych na ginekologię też nie!

- **Postulat naprawczy:** Wdrożenie zasady celowości transportu. W przypadku pacjentów stabilnych wydolnościowo z jasnym profilem objawów (urologia, okulistyka, laryngologia, neurologia), ZRM ma ustawowy obowiązek i prawo transportu pacjenta bezpośrednio do najbliższej placówki POSIADAJĄCEJ dany oddział specjalistyczny.

CZĘŚĆ V: ABSURDY EDUKACYJNE I KONFLIKT USTROJOWY Z KONSTYTUCJĄ RP

16. Krytyka akademicyzacji zawodu pielęgniarki, dyskryminacja studiów pomostowych oraz paraliż kompetencyjny kadr

Z perspektywy analizy kadr medycznych i prawa o szkolnictwie wyższym wskazuje się na głębokie patologie organizacyjne forsowane przez samorządy zawodowe (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych) oraz Ministerstwo Zdrowia.

- Fikcja „samodzielności zawodowej” i dogmat akademicki do podstawowej opieki: Tylko w polskim systemie ochrony zdrowia forsuje się narrację, że do wykonania rutynowych czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jaką jest uwarunkowana wymiana pampersa, należy mieć wykształcenie wyższe, tytuł licencjata, a najlepiej magistra ze specjalizacją. Jednocześnie na każdym kroku powtarza się slogany o tzw. „samodzielnym zawodzie” pielęgniarki. W rzeczywistości samodzielność ta wynosi zero. Pielęgniarka z tytułem magistra w szpitalu nie ma prawa samodzielnie podać pacjentowi nawet węgla aktywowanego bez formalnego zlecenia i podpisu lekarza. Czas najwyższy porzucić te akademickie ambicje i spojrzeć na uśredniony model ogółośeuropejski – m.in. w Niemczech, gdzie podstawą kadr jest praktyczny system dualny (Ausbildung), a wyższe studia są domeną wyłącznie kadry menedżerskiej (Pflegermanagement), czy w Czechach, gdzie do pracy przy pacjencie na pierwszej linii wykorzystuje się kadrę ze średnim wykształceniem medycznym o tytule „Praktická sestra” (dawniej „Zdravotnický asistent”), podczas gdy tytuł akademicki „Všeobecná sestra” jest dedykowany dla wyższych ról kierowniczych i samodzielnych.

- Dyskryminacja na poziomie studiów pomostowych dla cudzoziemców: Pielęgniarka z kraju trzeciego, posiadająca dyplom średniej szkoły medycznej z potężnym bagażem godzin klinicznych i praktyki (w pełni realizującym unijną dyrektywę 2005/36/WE dotyczącą minimum 4600 godzin kształcenia), jest odrzucana. System nie pozwala jej na udział w skróconych studiach pomostowych, które są bez problemu dostępne dla polskich absolwentek dawnych liceów medycznych. Zmuszanie doświadczonych medyków do studiowania od zera to jawna dyskryminacja ze względu na pochodzenie.

- Absurdalne degradowanie wykwalifikowanych położnych: Zmuszanie dyplomowanych położnych do odbywania studiów pielęgniarskich w celu wykonywania podstawowych czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych lub zabiegowych na ogólnych oddziałach szpitalnych to marnotrawstwo. Położna historycznie, merytorycznie i prawnie w wielu strukturach stoi w hierarchii kompetencji wyżej niż ogólna pielęgniarka. Prowadzi samodzielnie ciążę, przyjmuje porody, ordynuje silne leki.

Nie istnieje żadna procedura w standardowym zakresie obowiązków pielęgniarki (iniekcje, kaniulacja, podawanie leków, monitorowanie parametrów życiowych), której położna nie opanowałaby w toku swojej edukacji. Sytuacja, w której system zabrania położnej pracy na oddziale chirurgii czy wewnętrznym bez kolejnego dyplomu pielęgniarskiego, to

skrajne marnotrawstwo. O ile pielęgniarka bez wiedzy specjalistycznej nie poradzi sobie na sali porodowej, o tyle położna z pielęgnacją ogólną na oddziale poradzi sobie bez najmniejszego problemu.

- Wymazywanie napr. 20-letniego stażu ratowników medycznych: Wierzchołkiem urzędniczego bezprawia jest sytuacja na linii Ratownik Medyczny – Pielęgniarz Systemu w ZRM. Doświadczony ratownik medyczny, który przez napr. 20 lat przepracował na pierwszej linii frontu w karetkach, pełniąc funkcję kierownika zespołu lub ratownika medycznego-kierowcy, podejmując codzienne, samodzielne decyzje reanimacyjne i farmakologiczne, kończy studia pielęgniarskie, by podnieść kwalifikacje. Z chwilą uzyskania dyplomu, jego 20-letni, elitarny staż w ratownictwie medycznym zostaje przez system całkowicie WYMAZANY i uznany za niebyły! Ustawa o PRM oraz Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej odmawiają mu prawa do pracy w ZRM jako „pielęgniarz systemu”, zaślaniając się hasłem: „to zupełnie inny zawód”. Taki specjalista zmuszany jest do odbycia 2-letniego stażu jako pielęgniarz na oddziale szpitalnym oraz ukończenia kursu specjalistycznego. To jest po prostu kpina, która nie mieści się w żadnych logicznych ramach. Młody absolwent pielęgniarstwa z zerowym doświadczeniem polowym może po 2 latach pracy też wejść do karetki na takich samych zasadach jako ekspert z 20-letnim stażem w ZRM. Jego dorobek kliniczny nie jest brany pod uwagę w ogóle.

17. Podsumowanie prawne: Głęboki konflikt ustrojowy pomiędzy art. 68 Konstytucji RP a Ustawą o PRM

Wszystkie opisane w niniejszej petycji patologie stanowią rażące, systemowe naruszenie Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.

Jako praktyk wskazuję na fundamentalną, potężną i niezwykle niebezpieczną kolizję prawną pomiędzy ustawą zasadniczą a przepisami wykonawczymi. Polski system ochrony zdrowia znalazł się przez to w głębokim konflikcie ustrojowym, który paraliżuje codzienne funkcjonowanie medycyny:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 ust. 1–3 bezwzględnie i jasno gwarantuje prawo do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych KAŻDEMU obywatelowi.
- Ustawa o PRM zawęża natomiast działanie struktur ratunkowych (ZRM oraz SOR) wyłącznie do stanów nagłego zagrożenia życia.

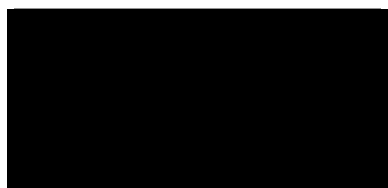
W tym miejscu rodzi się dramatyczne pytanie: komu w tym systemie należy wierzyć i kogo ratować w pierwszej kolejności? Czy pacjentów, którym najwyższy akt prawny obiecuje pomoc medyczną, czy procedury, które formalnie zabraniają jej udzielenia, jeśli nie dochodzi do zatrzymania krążenia?

Ponieważ mechanizmy strukturalne na przestrzeni ostatnich dekad nie stworzyły sprawnego, drożnego ogniwa pośredniego między zamkniętą na głucho przychodnią POZ a Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, obywatele zostali zmuszeni do walki o swoje konstytucyjne prawa na jedynej dostępnej linii frontu ratunkowego. Z kolei system, aby formalnie „zrealizować” pomoc w ramach restrykcyjnej Ustawy o PRM i jednocześnie nie naruszyć Konstytucji, zmusza dyspozytorów medycznych do masowego, biurokratycznego oszustwa – dopisywania w kartach SWD PRM fikcyjnych powodów wezwań, takich jak uniwersalne „pacjent oddycha inaczej niż zwykle”.

To jest tragiczny paraliż logistyczny i moralny. Wadliwe przepisy wolą zmuszać personel medyczny do kłamstwa papierowego, ubezwłasnowolniając ratowników medycznych i pielęgniarki, paraliżując ruch karetek i w konsekwencji odbierając szansę na przeżycie osobom, które znajdują się w realnym stanie krytycznym (np. ofiarom wypadków drogowych). Polski system ochrony zdrowia przestał być obszarem realnego leczenia człowieka – stał się polem brutalnej walki z przepisami, gdzie dobro pacjenta i zdrowy rozsądek zajmują absolutnie ostatnie miejsce w gigantycznym, urzędniczym łańcuchu obrotu dokumentacji.

Wnosi się o natychmiastową, pilną interwencję ustawodawczą Sejmu RP, Prezesa NIK oraz rewizję rozporządzeń Ministerstwa Zdrowia w celu dostosowania przepisów Ustawy o PRM oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do realiów rynkowych i najwyższych standardów konstytucyjnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Z wyrazami szacunku,



.....

(Własnoręczny podpis wnoszącego petycję)