Ogólnopolska Izba Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (projekt)
www.oizpp.pl e-mail: biuro@oizpp.pl

Warszawa, dn. 02.10.2025

PHU EBEN-HEZER Dariusz Popiński ul. Wasilkowska 12c 04-938 Warszawa NIP: 9521642875

Adresaci:
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
Pan Karol Nawrocki

Prezes Rady Ministrów
Pan Donald Tusk

SKARGA – APEL O PILNĄ INTERWENCJĘ W SPRAWIE SYSTEMOWEJ PATOLOGII W OCHRONIE ZDROWIA

Szanowny Panie Prezydencie,
Szanowny Panie Premierze,

Na podstawie art. 63 Konstytucji RP oraz w związku z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, **gwarantującymi obywatelom prawo do ochrony zdrowia** oraz nakładającymi na **władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu** do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej **ze środków publicznych**, kieruję do Panów

niniejszą skargę i apel o pilną interwencję.

System ochrony zdrowia w Polsce znajduje się w stanie **głębokiej, strukturalnej zapaści**, której skutkiem jest **narażanie życia i zdrowia pacjentów**, **naruszanie prawa pracowników medycznych do bezpiecznych warunków pracy** oraz pogłębiające się **naruszenie konstytucyjnych praw** obywateli.

STAN FAKTYCZNY

1. **Naruszenie bezpieczeństwa pacjentów i prawa do ochrony zdrowia**
   - W szpitalach psychiatrycznych, m.in. w Szpitalu w Tworkach, **lekarze rezydenci pełnią dyżury jednoosobowe na kilku oddziałach równocześnie - – praktyka nielegalna, niebezpieczna i powszechna**, co stanowi naruszenie art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023 poz. 991), nakazującego zapewnienie **należytej jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów**.
   - Do niedawna brak podstawowego sprzętu (analizator parametrów krytycznych, dostęp do tlenu w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym) naruszał art. 9 ww. ustawy oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2023 poz. 1516), który nakłada na **lekarza obowiązek udzielania pomocy w stanie zagrożenia życia** – bez zapewnienia odpowiednich narzędzi jest to niemożliwe.

2. **Fikcja kształcenia kadr medycznych**
   - Obowiązujący model kształcenia lekarzy i pielęgniarek nie spełnia standardów określonych w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.
   - **Lekarze rezydenci sami przyznają**[1]: można zacząć i ukończyć studia bez realnych kompetencji (konieczność utrzymania stażu podyplomowego, które MZ i KRAUM wg zapowiedzi ma zlikwidować), a po kilkunastu latach uzyskać tytuł specjalisty.
   - **Programy** mentoringowe i inne (na kształcenie – 80 mln zł) **skierowane do pielęgniarek finansowane z Krajowego Planu Odbudowy** (8 mln zł, stawka 90 zł brutto za 12-godzinny dyżur mentora) **nie zapewniają rzeczywistego wsparcia absolwentom** i stanowią fikcję – zamiast rozwiązania problemu deficytu kadr tworzą iluzję działań naprawczych.
   - **Pielęgniarstwo staje się kierunkiem „na skróty"**: weekendowe dyplomy, symboliczne praktyki, kursy finansowane z KPO, **które nie dają realnych umiejętności, które można wykorzystać w praktyce szpitalnej.**

3. **Lekarzocentryczny monopol i brak dywersyfikacji kompetencji**
   - Pielęgniarki, **mimo posiadania specjalizacji i wieloletniego doświadczenia, są systemowo pozbawiane prawa do wykonywania czynności diagnostycznych i terapeutycznych**, które w świetle ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2022 poz. 2702) oraz dyrektywy 2013/55/UE powinny **być stopniowo rozszerzane**.
   - Brak wdrożenia modelu **Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APN)** pozostaje w sprzeczności z rekomendacjami WHO (Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025), które Polska zobowiązała się realizować jako państwo członkowskie. W przygotowywanych rekomendacjach NRPiP usunięto kluczowy atrybut samodzielności APN – uprawnień bez nadzoru lekarza.
   - **Rezydenci wykorzystywani do samodzielnych - nocnych dyżurów**, podczas gdy doświadczeni specjaliści kierują uwagę na praktykę prywatną.
   - Pielęgniarki – **niezależnie od wykształcenia i doświadczenia** – sprowadzane są do roli „pomocników lekarza", bez prawa do samodzielnego działania.
   - **Próby wdrożenia nowoczesnych rozwiązań**, takich jak Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska (APN), **są skutecznie blokowane przez korporacyjne interesy** (lekarzy i co ciekawe **NRPiP**)

SKUTKI

- **Systemowe łamanie** konstytucyjnego **prawa obywateli do ochrony zdrowia** (art. 68 Konstytucji RP).
- **Narażanie pacjentów na utratę życia i zdrowia** w wyniku niedoborów kadrowych i sprzętowych.
- **Pogłębianie kryzysu** psychiatrii oraz opieki długoterminowej.

[1] https://pulsmedycyny.pl/system-ochrony-zdrowia/ksztalcenie/goncerz-ksztalcenie-lekarzy-zepsuto-dzis-mozna-sie-przeslizgnac-i-zostac/

- **Utrwalanie nierówności** w systemie i **blokowanie nowoczesnych rozwiązań** stosowanych w systemach ochrony zdrowia od 1965 r. w państwach OECD **– Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska**
- **Coraz dłuższe kolejki do specjalistów i na SOR-ze**, których nie skrócą ani e-rejestracje, ani cyfrowe aplikacje.

POSTULATY

1. **Natychmiastowe wdrożenie Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (APN)** – zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w oparciu o standardy WHO i UE, a także zgodnie z międzynarodowymi standardami (Wielka Brytania, Kanada, USA). **Pielęgniarki ze specjalizacją i wieloletnim doświadczeniem** muszą uzyskać **PRAWNIE zagwarantowane kompetencje i uprawnienia na poziomie podmiotów leczniczych** do samodzielnego diagnozowania, zlecania badań i prowadzenia leczenia **na równi z lekarzami bez specjalizacji**.
2. **Reforma kształcenia kadr medycznych** – zwiększenie liczby godzin praktycznych, koniec z masową produkcją dyplomów, obowiązkowy mentoring praktyczny w ramach uczelni, **rzeczywiste przygotowanie absolwentów do pracy przy pacjencie**.
3. **Wprowadzenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w psychiatrii** – na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, **nakazującego organizację udzielania świadczeń w sposób zapewniający pacjentom bezpieczeństwo.** Brak takich regulacji jest rażącym zaniechaniem i prowadzi do realnego narażania pacjentów na utratę życia i zdrowia.
4. **Przebudowa modelu zarządzania systemem ochrony zdrowia** – odejście od **lekarzocentrycznego monopolu** na rzecz **interdyscyplinarnej współpracy** zawodów medycznych.

WEZWANIE

Zgodnie z art. 126 ust. 2 Konstytucji RP **Prezydent czuwa nad przestrzeganiem Konstytucji**, a zgodnie z art. 146 ust. 4 pkt 1 Konstytucji RP **Rada Ministrów prowadzi politykę wewnętrzną państwa**, w tym **odpowiada za ochronę zdrowia obywateli**.

Wzywam Panów do **niezwłocznego podjęcia działań legislacyjnych i organizacyjnych**, które przerwą opisane **patologie i zapewnią obywatelom rzeczywisty dostęp do bezpiecznych świadczeń zdrowotnych.**

Brak takich działań stanowi **naruszenie Konstytucji RP, ustaw oraz zobowiązań międzynarodowych Polski**.

Z wyrazami szacunku,

Dariusz Popiński
Kierownik Projektu

Zespół Inicjatywy na rzecz Ustawowej Regulacji Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej

Tabela porównawcza pokazująca różnice między Polską a krajami rozwiniętymi w kontekście roli APN i rozwiązania problemów z dostępem do opieki zdrowotnej

Oto przejrzysta **tabela porównawcza** pokazująca różnice między Polską a krajami rozwiniętymi (USA, Kanada, Australia) w kontekście roli APN (Advanced Practice Nurses) i rozwiązywania problemów z dostępem do opieki zdrowotnej:

Kraj	Rola APN (Advanced Practice Nurses)	Uprawnienia APN	Cel systemu	Efekt dla pacjenta
USA	Niezależni świadczeniodawcy w systemie publicznym i prywatnym	Samodzielna praktyka, ordynacja leków, diagnoza, skierowania, procedury	Odciążenie systemu, skrócenie kolejek	Szybszy dostęp, tańsza opieka
Kanada	Część zintegrowanego zespołu medycznego, często pierwszego kontaktu	Niezależna decyzja kliniczna, wystawianie recept, prowadzenie terapii	Zwiększenie efektywności i dostępności	Krótszy czas oczekiwania, mniej hospitalizacji
Australia	Strategiczna rola w systemie publicznym, także w obszarach wiejskich	Autonomiczne decyzje, samodzielne prowadzenie pacjenta, współpraca interdyscyplinarna	Redukcja kosztów, lepszy dostęp w regionach	Leczenie bliżej domu, mniejsze obciążenie szpitali
Polska	Zawód blokowany przez środowisko lekarskie i Ministerstwo Zdrowia	Brak możliwości samodzielnej praktyki, brak prawa ordynacji leków	Ochrona monopolu lekarskiego, nie pacjenta	Kolejki, przeładowane SOR-y, emigracja pacjentów i kadr

Tabela porównawcza kompetencji pielęgniarek psychiatrycznych: USA (PMHNP) vs Polska[2]

Obszar działania	USA – PMHNP (pielęgniarka psychiatryczna APN)	Polska – pielęgniarka psychiatryczna
Poziom wykształcenia	Magister (MSN) lub doktor (DNP)	Licencjat lub magister + specjalizacja
Diagnozowanie zaburzeń	Tak – pełne prawo	Nie – tylko udział w ocenie
Przepisywanie leków psychotropowych	Tak – pełne prawo	Ograniczone – tylko wybrane sytuacje (w teorii)
Prowadzenie psychoterapii	Tak – różne formy terapii	Nie – tylko wsparcie procesu (w teorii)
Inicjowanie hospitalizacji	Tak – pełne prawo	Nie – tylko lekarz
Samodzielna praktyka	Tak – w wielu stanach	Nie – brak regulacji
Dokumentacja medyczna	Tak – pełna odpowiedzialność	Tak – dokumentacja pielęgniarska (nie widoczna w epikryzie)
Rola w zespole	Równorzędna, decyzyjna	Wspierająca, pomocnicza, bez decyzyjności
Opieka środowiskowa	Tak – także domowe wizyty	Tak – w ramach zespołów środowiskowych

[2] Tabela z pisma z dn. 14.05.2025: do pobrania: www.oizpp.pl zakładka Dokumenty wpis nr [56]