



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1777)

176. posiedzenie
Komisji Obrony Narodowej
i Bezpieczeństwa Publicznego
w dniu 1 czerwca 2005 r.

V kadencja

Funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Wiesław Pietrzak)

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dzisiejsze posiedzenie jest poświęcone sytuacji wojskowej służby zdrowia.

Przez ostatnie lata w wyniku transformacji sił zbrojnych i zmian zasad opieki zdrowotnej w naszym kraju zmieniła się również opieka zdrowotna w siłach zbrojnych, przede wszystkim strukturalnie i interwencyjnie medycznie, że tak powiem. I jak każda zmiana, jest przyjmowana z różnymi emocjami i z różnymi doświadczeniami.

Ponieważ do senatorów, do komisji wpływało wiele interwencji, zarówno od pacjentów, od usługobiorców, jak również od tych, którzy decydują o tych usługach, czyli od komendantów szpitali, od lekarzy, proszę wybaczyć – szczególnie kieruję te słowa w stronę resortu obrony narodowej – że podjęliśmy w komisji decyzję, aby poświęcić trochę czasu na omówienie tych spraw. Kiedy rozmawiałem z lekarzami, jednym czy drugim, powiedzieli mi, że komendant szpitala jest im winien uposażenia. Jako byłemu żołnierzowi, byłemu wojskowemu, ostatnie włosy zjeżyły się na głowie, bo uważam, że to jest coś bardzo nienaturalnego, jeżeli oficer nie dostaje uposażenia w sytuacji, gdy minister obrony narodowej jest organem założycielskim. I dlatego chciałbym, żebyśmy w dniu dzisiejszym szczerze porozmawiali sobie na te tematy. Nie ma tutaj telewizji, nie ma mediów, z wyjątkiem naszej wyspecjalizowanej gazety „Głos Weterana”.

Witam na dzisiejszym posiedzeniu przede wszystkim sekretarza stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej, pana Janusza Zemkego. Serdecznie witam. Witam wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Marka Lejka. Zaproszeni są przedstawiciele wszystkich instytucji: i Ministerstwa Zdrowia, i Ministerstwa Finansów, chyba ministerstwa pracy, to znaczy opieki społecznej... Nie, chyba jednak nie... Słucham?

(Głos z sali: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.)

Przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej nie są zaproszeni. Są również dyrektorzy naszych szpitali, zarówno tych, które mają najlepsze notowania, jak i tych, które w tej chwili mają gorsze notowania, nie pod względem usług medycznych, bo wszystkie mają wysoki poziom tych usług, lecz pod względem finansowym. Są też mężowie zaufania, jest przedstawiciel, a w zasadzie przewodniczący korpusu dziekanów... Tak to się nazywa?

(Głos z sali: Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerskiego.)

Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerskiego. Serdecznie witam. Proszę pozwolić, że nie będę imiennie wszystkich witał, bo dużo czasu byśmy na to stracili, a nie po to tutaj przyszliśmy. Każdy będzie się przedstawiał, zabierając głos.

Proponuję, abyśmy to dzisiejsze spotkanie przeprowadzili w następujący sposób. Mamy na to maksymalnie trzy godziny, ale myślę, że szybciej skończymy tę rozmowę. Proponuję, żeby najpierw wypowiedział się przedstawiciel resortu obrony narodowej – wiem, że takie spotkanie było w kierownictwie resortu – przedstawił swoje wnioski, swoje spostrzeżenia. Potem wysłuchamy komendantów, bardzo krótkich informacji o sytuacji w ich placówkach. Następnie wysłuchamy przewodniczącego Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerskiego oraz ciała społecznego ze szpitali i ewentualnie będzie dyskusja z udziałem państwa senatorów i zaproszonych gości. Czy jest zgoda na takie procedowanie?

Panie Ministrze?

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Janusz Zemke: Dziękuję bardzo, tak.*)

Jest zgoda, tak, dziękuję. Wobec tego, czy teraz pan minister zabierze głos, czy pan generał Kondracki?

Oczywiście z obowiązku muszę przedstawić pana generała Kondrackiego, bo to pierwszy żołnierz w służbie zdrowia, aczkolwiek nie lekarz.

(*Głos z sali: Ale doktor.*)

Ale doktor.

Proszę bardzo.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej
Janusz Zemke:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym podziękować komisji senackiej za zainteresowanie się tym ogromnie istotnym dla naszych sił zbrojnych obszarem. Jeżeli pan przewodniczący, pani senator i panowie senatorowie pozwolicie, to może zrobimy w ten sposób: najpierw ja powiem o pewnych naszych dylematach, które były, są i zawsze będą, a potem poproszę pana generała Marka Kondrackiego o bardzo syntetyczne przedstawienie sytuacji, która dotyczy bezpośrednio funkcjonowania wojskowej służby zdrowia. Zacznę od pewnych uwarunkowań, które, odnoszę wrażenie, nie zawsze są brane pod uwagę.

Wojsko miało w Polsce w ostatnich latach ogromnie rozbudowaną służbę zdrowia. Wynikało to, po pierwsze, z tego, iż nasze siły zbrojne liczyły czterysta pięćdziesiąt tysięcy żołnierzy, ale musiały mieć potencjał do rozwinięcia się do miliona żołnierzy. Po drugie – i to jest aspekt istotniejszy, o którym czasami się w Polsce zapomina i mamy tego skutki, zwłaszcza jeśli chodzi o nasze zasoby materialne – w czasach, kiedy nasze państwo było członkiem Układu Warszawskiego, mieliśmy bardzo liczne obowiązki wewnątrz Układu Warszawskiego, dotyczące całej logistyki, w tym także opieki medycznej. Myśmy musieli mieć potencjał nie tylko na potrzeby naszych sił zbrojnych, lecz także na wypadek rozwijania frontów na potrzeby innych państw. To spowodowało, że wojsko dysponowało ogromną liczbą szpitali, celowo używam słowa „ogromną”, i ogromnymi rezerwami. Dzisiaj jest następująca sytuacja: wojsko jest trzykrotnie mniejsze liczebnie, mamy sto pięćdziesiąt tysięcy żołnierzy, do różnych zabezpieczeń, które przygotowujemy na czas mobilizacji, że tak powiem, czy innych działań potrzeba, mniej więcej, trzystu pięćdziesięciu, czterystu tysięcy ludzi.

W związku z tym chcę zasygnalizować fakt, że pozostaliśmy w dużym stopniu z potencjałem, który jest nam najnormalniej w świecie niepotrzebny. Ja mówię o spr-

wach, które nie zawsze się podobają, ale mam taki nawyk, że mówię, staram się mówić prawdę. Mamy po prostu najnormalniej w świecie mimo licznych zmian, które były wprowadzone, za duży potencjał jak na nasze potrzeby.

Następna sprawa. Mamy takie szpitale wojskowe, które w nazwie mają wyraz „wojskowy”, ale jeśli się przyjrzeć tym, którzy z usług owych szpitali korzystają, można dostrzec, że wojskowi stanowią 1,5 do 2% ogółu świadczeniobiorców. Przypuszczam, że gdyby podobnej analizie poddać jakieś centrum onkologiczne, wyglądałoby to podobnie. Mamy bardzo dużo placówek, które mają w nazwie słowo „wojskowy”, ale w rzeczywistości wojsku przynajmniej część z tych placówek nie jest i nie będzie potrzebna. Taka jest prawda. Placówki te mają bowiem możliwości diagnostyczne czy lecznicze większe niż nasze potrzeby. I z takim problemem mamy do czynienia.

Kolejny problem. W ostatnich latach w Polsce nastąpiły różne zmiany w służbie zdrowia i dzisiaj wojskowa służba zdrowia funkcjonuje w innym otoczeniu. W związku z tym musieliśmy sobie zadać pytanie, i takie pytanie stawiały sobie kolejne kierownictwa ministerstwa, czy nasza służba zdrowia ma być otwarta dla innych, czy ma, że tak powiem, świadczyć usługi także ludziom niezwiązanym z wojskiem, czy też ma to być służba hermetyczna, wyłącznie na potrzeby wojska. Mówiąc szczerze, opinie na ten temat są różne. Na przykład, że w takim wypadku wystarczyłoby od dwóch do ośmiu szpitali. Inni uważają, że w gruncie rzeczy wojskowi to ludzie młodszy, z zasady zdrowsi i dlatego na potrzeby wojska wystarczyłyby dwa albo trzy szpitale, w porwach może osiem. Odpowiedź na to pytanie była w związku z tym pozytywna. Niechże nasze szpitale, podobnie jak inne placówki służby zdrowia, zabiegają o kontrakty, świadczą usługi na rynku, między innymi po to, żeby utrzymać część tego potencjału, który ma zasłużenie dobrą markę, w szpitalach wojskowych pracuje bowiem wielu znakomitych lekarzy, ale wtedy muszą się poddać podobnym procedurom jak pozostałe placówki służby zdrowia. Tak więc myśmy przyjęli taką filozofię.

I teraz problem, z którym dosyć często się stykam, postawię go w nieco odwrotny sposób. Przy czym celowo wyostrzam pewne tezy, żeby zarysować dylematy, jakie mamy. Otóż często spotykamy się z zarzutami ze strony cywilnej służby zdrowia, której przedstawiciele mówią: jak to jest, my zabiegamy o usługi, o kontrakty jako cywile i wojskowe szpitale również, a przecież wojskowe są w lepszej sytuacji, bo MON im pomaga. Rzeczywiście nie ma co, że tak powiem, taić, że MON tym szpitalom w nie małym stopniu pomaga. Być może ta pomoc nie jest wystarczająca, każdy szpital chciałby, oczywiście, żeby ona była znacznie większa, ale nie da się ukryć, że ona jest.

Chcę powiedzieć tutaj o pewnym działaniu, które my robimy, nawet go za bardzo nie nagłaśniamy. Praktycznie większość środków specjalnych, które mamy na przykład z wynajmu poligonów w Polsce, przeznaczamy de facto na potrzeby służby zdrowia. W trakcie roku podejmujemy dużo takich decyzji. Żeby nie być gołosłownym powiem, że trzy czy cztery dni temu podjęliśmy decyzję, żeby skierować dodatkowych 8 milionów zł do szpitala na Szaserów, między innymi na budowę kliniki leczenia stresu bojowego. Takich działań, jeśli chodzi o te różne sytuacje pomocowe, podejmujemy niemało.

Teraz powiem jak dzisiaj MON postrzega rzeczywiste problemy. Otóż problemy, które dzisiaj mamy, te podstawowe, z którymi mamy do czynienia, przedstawiłbym w następujący sposób. Pierwszą naszą troską jest zapewnienie należytej profilaktyki i opieki nad żołnierzami, którzy służą w jednostkach wojskowych. I powiem szczerze, że mamy z tym trochę kłopotów, dlatego że niemała część kadry wojskowej, lekarzy, nie

chce służyć w jednostkach, lecz w szpitalach, najlepiej w szpitalach klinicznych, co także jest zrozumiałe. Naszą główną troską jest więc zapewnienie opieki żołnierzom w jednostkach i tam, gdzie oni służą i ryzykują życie. To jest nasz problem numer jeden.

Problem drugi dotyczy mobilności wojskowej służby zdrowia. W sytuacji, kiedy na szczęście znowu jest więcej ćwiczeń i szkoleń – kiedyś one były, potem ograniczono ich liczbę, teraz znowu ożywa szkolenie w wojsku – musimy podczas tych ćwiczeń i szkoleń zapewnić żołnierzom należyłą opiekę.

Bardzo poważnym i jednym z najtrudniejszych problemów staje się kwestia misji. Otóż dzisiaj mamy całkiem nową jakość. Jeszcze kilka lat temu poza terytorium Polski służyło średnio od tysiąca do tysiąca trzystu żołnierzy rocznie. Dzisiaj służy około czterech tysięcy, a kiedy są rotacje, znacznie więcej. Problem polega na tym, że to już nie są klasyczne misje pokojowe, lecz misje z wyraźnymi elementami bojowymi. To są inne misje i chcę na to zwrócić uwagę. Dzisiaj większość misji, bo na szczęście nie wszystkie, ma silny element zagrożenia. Z całym szacunkiem dla misji w Libanie czy Syrii, jest jednak pewna różnica, jeśli chodzi o zagrożenie, między misją w Libanie, w Syrii a misją w Afganistanie, gdzie też wcale nie jest za bezpiecznie, czy w Iraku.

W związku z tym my musimy całkowicie inaczej podchodzić do opieki medycznej, do systemu ewakuacyjnego, do badań, do systemu szczepień itd. I chcę tutaj powiedzieć, że wojskowa służba zdrowia podjęła kolosalny wysiłek. Odnosimy się z dużym szacunkiem do wysiłku podjętego przez wojskową służbę zdrowia. W przeliczeniu na tysiąc żołnierzy mamy relatywnie małe straty, chociaż nie jest tak, że ich nie mamy. Żołnierze giną, ponad stu dwudziestu żołnierzy jest też ciężko i średnio rannych. Nie muszę mówić, ile problemów z tego wynika, bardzo często urazy są skomplikowane. Ale nie tylko żołnierze giną w Iraku. Zginął też lekarz, pielęgniarki były ranne. Ich służba także jest niebezpieczna.

Na ten wysiłek całej służby zdrowia de facto składa się wysiłek kilku placówek: przede wszystkim, dwóch szpitali – 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy i szpitala we Wrocławiu oraz wysiłek Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, zwłaszcza jeśli chodzi o leczenie, o pomoc w niebywale skomplikowanych sprawach. Niestety, mamy wiele szpitali, które mają w nazwie słowo „wojskowe”, ale żadnego lekarza nie udało się namówić na jakąkolwiek misję. Można by postawić pytania: po co nam taka placówka i czym się ona różni od działającego obok szpitala cywilnego?

Istota wojskowej służby zdrowia polega na mobilności, polega na tym, że muszą ją interesować pewnego typu, że tak powiem, specjalności, na pewno chirurgia, anestezjologia, paraplegia, wszystko to, co się wiąże z urazami, ortopedia itd. Problem jednak polega na tym, że część naszych placówek wojskowej służby zdrowia traktuje misje jako dość egzotyczną rzecz. Na każdej zmianie w Iraku mamy niebywale kłopoty ze skompletowaniem lekarzy, nie ma żadnych problemów z personelem pomocniczym, ale jeśli chodzi o lekarzy, posiłkujemy się kontraktami z cywilami, posiłkujemy się lekarzami z innych państw. Nie tak dawno byłem z obecnym tutaj komendantem 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy w naszym szpitalu w Karbali. Gdyby nie pomoc lekarzy z Bułgarii czy też anestezjologów amerykańskich, to diabli wiedzą, co w ogóle by się tam działo.

Mamy zatem taką sytuację, że część wojskowych placówek służby zdrowia dosyć słabo, delikatnie mówiąc, reaguje na rzeczywiste potrzeby naszego wojska. I to jest pewien problem. My nie tylko to zauważamy, że tak powiem, lecz także podejmujemy różne działania, żeby tym wyzwaniom podołać. Takim podstawowym działaniem jest

utworzenie etatowych szpitali operacji pokojowych i rozbudowa dwóch szpitali operacji pokojowych w Bydgoszczy i we Wrocławiu. Na czym to polega? Każdy chciałby mieć szpital operacji pokojowej, ale nie w tym rzecz, żeby gdzieś był szpital, lecz żeby to był szpital mobilny. Nie chodzi o to, żeby jakiś szpital otrzymał od nas osiemdziesiąt etatów, które mu ulżą, lecz o to, żeby tych osiemdziesięciu ludzi w razie potrzeby wyjechało ze swoim szpitalem do Iraku, Afganistanu czy do innych państw. I z tą mobilnością dzisiaj jest pewien problem, mówiąc delikatnie, który staramy się rozwiązać.

Jest także wiele nowych problemów, dotyczących, na przykład, przygotowania kadr medycznych. Ta formuła przygotowywania kadr Wojskowej Akademii Medycznej, która była do tej pory, już się kończy, więc przygotowaliśmy nową.

I na zakończenie chciałbym powiedzieć tak: nasze szczęście polega w wojsku na tym, że mamy wielu znakomitych lekarzy, że mamy znakomite szpitale, że one się cieszą ogromną popularnością, zainteresowaniem wszystkich, nie tylko ludzi związanych z wojskiem. I to nas oczywiście cieszy, ale chcę powiedzieć wyraźnie, że w tej ogólnej sytuacji wojska i całego rynku usług medycznych nasze placówki radzą sobie różnie. Większość radzi sobie znakomicie, ale niestety mamy kilka placówek, które mają problemy skumulowane od wielu lat. Teraz nawiązuję do tego, o czym był łaskaw tu powiedzieć pan senator Pietrzak. Tak, to jest prawda, o czym pan senator Pietrzak powiedział, że jest kilka szpitali, które mają zaległości wobec kadry, wynoszące 3 miliony 700 tysięcy zł, bodajże. Są cztery takie placówki, na pierwszym miejscu jest Ełk, jeśli chodzi o te zaległości i zobowiązania.

Chcę powiedzieć wyraźnie, że to nie są dzisiejsze sprawy, często to są sprawy, które ciągną się od wielu lat. Ja mogę im współczuć, ale trzeba czyścić to, co było przed wieloma laty. Daję przykład Ełku, wiem, że tam się dzieje wiele znakomitych rzeczy, że jest tam bardzo energiczny komendant, że ten szpital jest porządkowany. Musimy jednak działać zgodnie z prawem. Dla MON nie są problemem 3 miliony zł, bo powiedzmy sobie szczerze, że biorąc pod uwagę budżet MON, sięgający kilkunastu miliardów złotych, właściwie to nie jest żaden problem finansowy. Problem polega na tym, że prawo, ustawy, które nas wiążą nie pozwalają na dokonywanie płatności. Mamy dwie ustawy, które to regulują i po prostu zapisy nam to uniemożliwiają. Chcę to wyraźnie stwierdzić. Tak więc jakiegokolwiek korekty wymagałaby modelowej dyskusji i zmian co najmniej dwóch ustaw. Jak z tego wynika, nie chodzi o to, że nie chcemy pomóc tym kilku szpitalom. Mamy takie możliwości i rozwiązania i oczywiście udzielimy tym szpitalom takiej awaryjnej pomocy, stajemy jednak przed bardzo poważnym dylematem, w jakich granicach i za co powinniśmy pomagać. I to jest też pewien problem, bo jest w końcu rynek, że tak powiem, i nie można na nim tworzyć jakichś enklaw, które przez dwadzieścia lat będziemy traktowali w szczególny sposób. Pomóc można raz, można drugi raz, pozostała pomoc musi się wiązać bardzo precyzyjnie z dzisiejszymi potrzebami wojska.

Pozwoliłem sobie te pewne dylematy przedstawić jako wprowadzenie, a kwestiami szczegółowymi zajmie się pan generał Kondracki, który ma znacznie głębszą wiedzę na ten temat. Prosiłbym go o bardziej szczegółowe dane. Dziękuję.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję panu ministrowi za ten wstęp, bo tak to chyba potraktujemy. Ja proponuję, żebyśmy w tej części nie odnosili się do niczego, ewentualnie spisali sobie uwagi czy je zapamiętywali.

A teraz poprosimy pana generała Kondrackiego o te bardziej szczegółowe sprawy. Z tym że bardzo proszę, żeby zostawić czas na wysłuchanie głosów od dołu, bo myślę, że to będzie najważniejsza część tego spotkania.

Proszę bardzo.

**Pełnomocnik Ministra Obrony Narodowej
do spraw Resortowej Opieki Zdrowotnej
Marek Kondracki:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Myślę, że pan minister w zasadzie powiedział już wszystko w swoim żołnierskim, bardzo krótkim i zwięzłym wystąpieniu. Ja chcę rozwinąć tu pewne szczegóły.

Jak powiedział pan minister, wojskowa służba zdrowia funkcjonująca w naszym państwie, nasza służba, jest na bardzo dobrym poziomie, obwarowana, tak jak było powiedziane, uregulowaniami wewnątrzresortowymi, wynikającymi z restrukturyzacji i przeobrażeń w wojsku. Działamy w systemie ubezpieczeniowym niebudżetowym, a nie jak poprzednio, do 1999 r., gdy były jednostki budżetowe, finansowane bezpośrednio przez ministra z budżetu resortu obrony narodowej. Zaszła więc diametralna zmiana. Zadania wojskowej służby zdrowia to przede wszystkim, tak jak było powiedziane, profilaktyka, podstawowa opieka zdrowotna, leczenie specjalistyczne, szpitalne, aż po uzdrowiska. Oczywiście nie wszystkie te ogniwa funkcjonują w procesie zabezpieczenia medycznego tak jak byśmy chcieli. Niemniej jednak dążymy do pewnej doskonałości.

Bardzo ważne ogniwo i bardzo ważna płaszczyzna działań, która nam spędza sen z powiek, to jest zabezpieczenie i przygotowanie systemu na czas operacji poza granicami kraju. Takie operacje są obecnie prowadzone w wielu rejonach, przede wszystkim w: Iraku, Afganistanie, Syrii, Libanie, Kosowie i Bośni. Pragnę tutaj zwrócić uwagę na to, że w tych kontyngentach świadczy usługi medyczne około dwustu dwudziestu osób personelu medycznego, poczynając od lekarzy z wysokimi specjalizacjami, niezbędnymi właśnie w tamtych rejonach działania, przez pielęgniarki, na ratownikach medycznych i sanitariuszach kończąc.

I teraz jest prośba do przedstawicieli parlamentu. Ostatnio wprowadziliśmy do zabezpieczenia medycznego ratowników, którzy znakomicie wykonują zadania, bardzo jesteśmy z nich zadowoleni, ale rozwiązania ogólnokrajowe, dotyczące ratownictwa medycznego, nadal są w powijakach. Od kilku lat ustawa o ratownictwie medycznym nie może znaleźć finalnego rozwiązania. Ratownicy medyczni są przygotowani zarówno w wojsku, jak i poza nim, a w zasadzie oni nie mają pewnych prawnych uregulowań do działania. Oczywiście w wojsku my ten problem rozwiązaliśmy, ratownicy mają określone zadania i wykonują je w sposób wręcz wzorowy.

Obecnie służba zdrowia, którą mam przyjemność zarządzać, to jest rzeczywiście zbyt duży potencjał, o czym mówił pan minister, bo są pięćdziesiąt cztery samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i trzy jednostki badawczo-rozwojowe. Armia licząca sto pięćdziesiąt tysięcy żołnierzy to całkowicie inna armia niż czterystupięćdziesięciotysięczna, ma inne potrzeby. Można więc powiedzieć, że ten bagaż... bagaż to może złe określenie. Jednostki organizacyjne, czyli SP ZOZ, z punktu widzenia zadań statutowych ministra nie do końca powinny znajdować się w sferze odpowiedzialności ministerstwa. Niemniej znajdują się i dążymy do tego, żeby funkcjonowały należycie, żeby zapewniały świadczenia i żołnie-

rzom i innym naszym obywatelom, a jednocześnie chcemy doprowadzić do tego, żeby ich wyniki finansowe oscylowały w granicach zera, żeby nie były to zakłady upadające, które trzeba likwidować bądź też przekazywać do samorządów. Taki ruch wykonano w odniesieniu do zakładów kolejowych w 1998 r., przekazano je samorządom. Zakłady te zostały zdeptane, jak gdyby przejechane czołgiem i dzisiaj praktycznie mało słychać o kolejowej służbie zdrowia.

Tak więc wojskowa służba zdrowia to dość potężna służba. Pozwolę sobie na przypomnienie, że w zakresie mojej odpowiedzialności jest około stu dziesięciu jednostek organizacyjnych: tak jak mówiłem, są trzy jednostki badawczo-rozwojowe, trzy szpitale kliniczne, piętnaście szpitali wojskowych, pięć szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych, trzydzieści jeden przychodni. Od 1 lipca utworzymy Centrum Krwiodawstwa i Krwiolечnictwa, w jego skład wejdzie osiem zakładów, które będą działać na takiej podstawie jak samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Są też dwa szpitale operacji pokojowych: w Bydgoszczy i we Wrocławiu, o których mówił pan minister, na dzień dzisiejszy wykonują one zadania służby medycznej poza granicami naszego kraju.

Nie będę już przedłużał i dalej wymieniał, powiem tylko, że mamy czterdzieści pięć jednostek podległych, począwszy od wojskowych komisji orzeczniczo-lekarskich, poprzez wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej, które zabezpieczają pod względem sanitarnym i epidemiologicznym zadania ministra obrony narodowej, do centrum szkolenia wojskowych służb medycznych i szkoły podoficerskiej. Jest to novum, które pojawiło się w ostatnim roku. Utworzyliśmy szkołę podoficerską, bo do tej pory w zasadzie nikt nie kształcił profesjonalnie tej kadry podoficerów, czyli sanitariuszy. Ratowników medycznych również tam kształcimy, ale ich nabór prowadzimy również z cywila. Zakłady te są oczywiście rozproszone na terenie całego kraju. Do tego dochodzi zabezpieczenie medyczne żołnierzy służby zasadniczej, w jednostkach wojskowych, czyli ambulatoria bądź ambulatoria z izbą chorych. Są dwieście trzy ambulatoria, które wykonują zadania podstawowej opieki zdrowotnej, częściowo świadczą usługi stomatologiczne dla żołnierzy służby zasadniczej.

Można zatem powiedzieć, że na dzień dzisiejszy żołnierz służby zasadniczej ma w tym systemie ubezpieczeniowym, przy tych uregulowaniach prawnych, optymalnie zagwarantowane świadczenia od podstawowej opieki zdrowotnej w ambulatorium z izbą chorych, poprzez badania specjalistyczne i szpitale w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Kadra zawodowa natomiast ma zapewniony dostęp do ambulatorium w okresie ćwiczeń i działań poza granicami kraju.

Jeżeli chodzi o stan ekonomiczny tych zakładów, muszę tutaj jednoznacznie stwierdzić, porównując to do sfery zakładów opieki zdrowotnej w cywilu, że jest on znakomity, bo strata ciągniona wynosi niespełna 100 milionów zł. Strata niektórych zakładów cywilnej opieki zdrowotnej wynosi tyle, ile u nas skumulowany wynik finansowy ciągniony. W 2004 r. strata zmalała w porównaniu do roku 2003 o 52%, zmniejszyła się też z trzydziestu do dwudziestu liczba zakładów, które mają ujemny wynik finansowy. Można się z tego cieszyć, ale jednak są trudności. Mamy zakłady, które mają dużą stratę, tracą płynność finansową i mają wielkie problemy, żeby w ogóle funkcjonować. Zobowiązania zakładów w ostatnim roku wynoszą prawie 230 milionów zł, wprawdzie są o 3 miliony zł mniejsze niż w 2003 r., ale nadal są tutaj problemy.

Oczywiście rząd przygotował... nie rząd, tylko parlament przygotował ustawę, która mówi o restrukturyzacji zakładów, zwłaszcza sławetna ustawa 203. Zakłady miały

wypłacić pieniądze, których nie wypłaciły, bo ich nie miały. Rząd miał spowodować, żeby to były spółki użyteczności publicznej. Uważam, to już moje prywatne zdanie, że byłoby to lepsze rozwiązanie niż to, które zostało przyjęte. Powieli się bowiem kolejny raz zasadę, która działała już w latach osiemdziesiątych, generalnie pod koniec lat osiemdziesiątych, polegającą na tym, że minister finansów oddłużył zakłady najsłabsze, najsłabiej zarządzane, najsłabiej funkcjonujące. Dzisiaj znów mamy tę samą zagrywkę, że tak powiem, moje zakłady, nasze wojskowe zakłady, które dobrze funkcjonują, które wypłaciły należności wynikające z ustawy 203, nie mają zobowiązań cywilnoprawnych i publicznoprawnych, dostają „w plecy”, to znaczy nie dostaną pożyczki, która mogłaby być umorzona. Mogą dostać 100 milionów zł dotacji na cały system opieki zdrowotnej w państwie, a to jest po prostu kropla w morzu potrzeb.

Są tutaj na pewno dyrektorzy, którzy dzięki zaciskaniu pasa, dzięki bardzo sprawnemu, bardzo umiejętnemu liczeniu, obniżaniu kosztów, sprawili, że mają większe przychody, byli wypłacalni i zapłacili tym ludziom pieniądze. A dzisiaj są przez tych samych ludzi krytykowani i nie dostaną pieniędzy. Mogli kupić sprzęt, wyremontować pomieszczenia, ale oddali pieniądze ludziom i teraz mają stary sprzęt, nie mają skąd wziąć pieniędzy na nowoczesny, którego wymaga także płatnik, jakim jest narodowy fundusz, stawiający warunki, które oni muszą spełnić. Z punktu widzenia wojskowej służby zdrowia jest więc olbrzymi problem, ta dyscyplina finansowa, którą staramy się trzymać, odbija się czkawką w odniesieniu do naszych zakładów. W powszechnym systemie opieki zdrowotnej na pewno też są takie przypadki, jest to antymotywacyjne do pracy, niezachęcające co racjonalnego działania.

Jeżeli chodzi o restrukturyzację wojskowych zakładów i tę ustawę 203, będzie kosztowało około 14 milionów zł. Jeżeli chodzi o zobowiązania publicznoprawne, wynoszą one około 50 milionów zł, cywilnoprawne – około 130 milionów zł.

Oczywiście w resorcie obrony narodowej również podejmujemy działania, o których mówiłem, i są efekty tych działań, o nich również mówiłem. Tak więc każdy z dyrektorów, którego zakład ma parametry ekonomiczne co najmniej problematyczne, ma obowiązek opracować program naprawczy i go realizować. Takie przedsięwzięcie i takie działania doprowadziły do tego, że zmniejszyła się strata naszych zakładów, o czym już wcześniej mówiłem.

Istnieje również problem, który zasygnalizował pan minister Zemke, problem kadrowy. Po pierwsze, kadra, lekarze w mundurach nie zawsze chcą jechać świadczyć usługi medyczne poza granicami kraju. Po drugie, mamy olbrzymie trudności etatowe, w zasadzie jest nieobsadzonych około trzystu etatów, tyle jest nieobsadzonych stanowisk w wojsku, poczynając od jednostek wojskowych, kończąc na szpitalach, w których mamy wakaty, nie mamy ludzi do pracy. Wynika to, po pierwsze, o czym mówił już pan minister, z tego, że wewnątrz resortu nie kształcimy lekarzy, po drugie, najprawdopodobniej zachęty materialne, które stosujemy, nie zawsze są odpowiednie wobec ogromu zadań i obowiązków, jakie ciąży na lekarzu w mundurze. I dlatego mamy trudności z takim naborem. Oczywiście przygotowaliśmy system, który będzie oparty na stypendialnym systemie naboru lekarzy ze wszystkich akademii medycznych w kraju, przeszkoleniu ich w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych i skierowaniu do pracy, do służby w wojsku.

Przede wszystkim, istotną sprawą jest to, żebyśmy utrzymali i prowadzili tych ludzi, pozwolili im na robienie specjalizacji w dziedzinach, które są potrzebne w woj-

sku, a więc z anestezjologii, chirurgii, ortopedii, dermatologii. Takie specjalności są najczęściej potrzebne do urazów i schorzeń, jakie się zdarzają poza granicami kraju. Najbardziej dobitnym przykładem jest Irak.

Pan przewodniczący, pan senator Pietrzak mówił o zobowiązaniach, pan minister również o tym mówił, wynoszą one prawie 3 miliony 700 tysięcy zł.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Janusz Zemke: Wobec kadry.)

Przepraszam, wobec kadry. Na te zobowiązania składają się niewypłacone uposażenia, dodatkowe uposażenia, czyli nagroda roczna, pieniądze za dyżury medyczne, no i oczywiście odsetki. Razem prawie 3 miliony 700 tysięcy zł. To są zobowiązania, które nie powstały w ostatnich latach, lecz pod koniec lat osiemdziesiątych...

(Głos z sali: Dziewięćdziesiątych.)

...pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Borykamy się z tym do dzisiaj, bo z tego rodzą się odsetki i ta pula zaległych pieniędzy rośnie. Jak powiedział pan minister Zemke, mamy już przygotowane rozwiązanie, które doprowadzi do tego, że postaramy się w resorcie zlikwidować te zobowiązania. Dotyczy to, jak było powiedziane, czterech szpitali: w Gdańsku, Lublinie, Szczecinie, Ełku. Oczywiście dzisiaj, przynajmniej na razie, ustawa nie pozwala nam rozwiązać tego problemu w sposób prosty i szybko. Niemniej jednak minister jest bardzo przychylny.

Pokrótkę pochwalę się, powiem, co zrobiliśmy w ostatnich latach w służbie. Przede wszystkim, doprowadziliśmy do tego, że ustawa jest zjadliwa. Krótko powiem o Narodowym Funduszu Zdrowia, bo chodzi o ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zapisy w tej poprzedniej ustawie były tak skonstruowane, że żołnierze służby zasadniczej, których żołd wynosi około 100 zł, nie mieli na opłacenie leków, które ordynował im lekarz. Doprowadziliśmy do tego, że leki dla żołnierzy służby zasadniczej są finansowane z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej. Poza tym, żołnierz może wybrać zakład i lekarza w miejscu pełnienia służby. Poprzednio było tak, że żołnierz służący w Szczecinie mógł wybrać lekarza w Przemyślu, co było całkowicie nieracjonalne, ponieważ on ma służyć i wykonywać zadania, a nie jeździć z grypą przez całą Polskę. Tak więc to też zmieniliśmy.

Spowodowaliśmy, że minister obrony narodowej ma środki, z których dofinansowuje świadczenia medyczne dla osób poszkodowanych w misjach poza granicami kraju, zarówno dla żołnierzy, jak i pracowników, którzy tam pełnią służbę. To też jest nowe rozwiązanie, które pozwala nam na to, żeby ludziom, którzy poświęcają niejednokrotnie swoje zdrowie, dać pomoc większą niż to wynika z ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia i systemu powszechnego.

Udało nam się zahamować zadłużenie, o czym mówiłem, i myślę, że ta tendencja będzie się utrzymywała. Jeżeli więc są podejmowane rozwiązania restrukturyzacyjne, o których mówiłem, to przykre jest to, że dzisiaj porządni dyrektorzy, zarządzający porządnymi szpitalami, są na cenzurowanym u swoich ludzi, którym wypłacili świadczenia, i teraz mają przestarzały sprzęt, bo brakuje im pieniędzy, żeby go kupić.

Udało nam się również przygotować, tak jak wspominał pan minister na wstępie – dlatego powiedziałem, że pan minister powiedział prawie wszystko, w telegraficznym skrócie – zabezpieczenie medyczne do misji poza granicami kraju, a więc cały system badań i szczepień przed wyjazdem i po powrocie. Włączyliśmy do tego systemu także ratownictwo medyczne, ratowników, i bardzo jesteśmy z tego zadowoleni. Wprowadzili-

śmy sanitarki opancerzone, które teraz testujemy w Iraku i najprawdopodobniej, jeśli wyniki testów będą pozytywne, uda nam się wprowadzić to powszechnie do wojska. Oczywiście opracowaliśmy, i działa to niezawodnie, ewakuację medyczną z pola walki czy z pola działań do szpitali w rejonie działań i potem z rejonu działań do kraju.

Ponadto wprowadziliśmy turnusy profilaktyczno-lecznicze dla żołnierzy powracających z misji. W razie jakichkolwiek schorzeń żołnierz powracający z misji poza granicami kraju ma możliwość pojechać na turnus profilaktyczno-leczniczy do naszych sanatoriów za pieniądze ministra obrony narodowej.

Oczywiście są też zadania do wykonania w najbliższych latach. Przede wszystkim, jak już tu powiedziano, trzeba poprawić opiekę medyczną dla żołnierzy, począwszy od profilaktyki, na którą zarówno w systemie wojskowym, jak i w systemie powszechnej służby zdrowia zawsze brakuje pieniędzy, bo tylko gasi się pożary, że tak powiem, ale nie podejmuje się działań profilaktycznych. Dążymy do tego, żeby rozwinąć profilaktykę, żeby robić okresowe badania profilaktyczne na wysokim poziomie i ewentualnie szybko reagować na jakies niepokojące wskaźniki bądź informacje o stanie zdrowia żołnierzy.

Potrzeba nam również zwiększenia mobilności wybranych komponentów wojskowej służby zdrowia, a przede wszystkim niezbędne jest dosprzętowanie 1 Szpitala Operacji Pokojowych w Bydgoszczy i 2 Szpitala Operacji Pokojowych we Wrocławiu oraz o doposażenie 12 i 17 Brygady Zmechanizowanej. To są już szczegóły typowo wojskowe, może nie wszyscy będą to rozumieli. Te brygady mają również zapewnione usługi medyczne przynajmniej na poziomie wspomnianych szpitali operacji pokojowych.

Ponadto ważną sprawą jest powietrzna ewakuacja medyczna. Dzisiaj mamy armię, w której nie ma możliwości ewakuacji medycznej drogą powietrzną z utrzymaniem pacjenta przy życiu. Ewakuujemy tylko pacjentów, którzy mają zdolność czynności oddechowych, nie mamy bowiem w samolotach, w śmigłowcach stanowisk OIOM. Jesteśmy w tej chwili na etapie dosprzętowania bądź też kupienia całego środka latającego wyposażonego w stanowisko OIOM.

Kolejna sprawa to jest doposażenie centrum reagowania epidemiologicznego, które jest unikalne w skali kraju i wykonuje zadania nie tylko dla wojska, lecz także na potrzeby całego kraju. Chodzi o laboratoria, począwszy od poziomu pierwszego, które mamy zamiar ulokować w wojskowych ośrodkach medycyny prewencyjnej, do poziomu trzeciego, dzisiaj takie laboratorium jest w Puławach w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii.

Kolejna sprawa to jest dążenie do wprowadzenia takich rozwiązań legislacyjnych, które by nie burzyły tej służby, bowiem, o czym już była mowa, powinna istnieć jako odrębna wojskowa służba zdrowia. Są to zadania statutowe ministra obrony narodowej, a zabezpieczenie medyczne jest jednym z zadań na polu walki. Minister i ministerstwo musi być przygotowane do działań na wypadek kryzysów i stanów zagrożenia w czasie „W”, w czasie „P” oraz poza granicami kraju. Istniejący system prawny nie zawsze pozwala nam na to, żeby ta służba była i działała przynajmniej na minimalnych pułapach.

O czym jeszcze chciałbym powiedzieć? Będziemy dążyć do tego, żeby rozwijać telemedycynę. Mamy telemedycynę wojskową, prowadzimy konsultacje bardziej skomplikowanych zabiegów, które są wykonywane poza granicami kraju, na przykład w Iraku. Mamy łąca w 10 Wojskowym Szpitalu Kliniknym w Bydgoszczy, dążymy do tego, żeby były również w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie, w 4 Wojskowym Szpitalu Kliniknym we Wrocławiu i w 5 Wojskowym Szpitalu Kliniknym w Krakowie. Będzie to duża sprawa, ponieważ lekarz, nawet ze specjalnością drugiego stopnia – dzisiaj

jest jednostopniowa – musi mieć poczucie bezpieczeństwa, musi wiedzieć, że w razie trudnego przypadku profesor w kraju przez łącze telemedyczne będzie obserwował operacje i w razie wątpliwości podpowiadał, co można zrobić, będzie konsultował. Dzisiaj takie konsultacje są prowadzone z wykorzystaniem ośrodka, jakim jest 10 Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy, w dużym stopniu Wojskowy Instytut Medyczny w tym partycypuje i bierze udział w konsultacjach w trudnych przypadkach.

Jakie wnioski z tego wynikają? Pewnie już za długo mówię o wojskowej służbie zdrowia. Przede wszystkim, można powiedzieć, że mimo trudności wojskowa służba zdrowia wykonuje podstawowe zadania, które są na nią nałożone, zapewnia świadczenia medyczne od szczebla podstawowego po szczebel kliniczny, szpitalny. Kadry oczywiście są na wysokim poziomie, profesjonalne i pozostaje tylko kwestia naboru tych kadr i dalszego kształcenia nowych zastępów lekarzy.

Jest potrzebna modernizacja techniczna wojskowej służby zdrowia, a więc są potrzebne pieniądze, które z wielkim trudem znajdujemy, na pewno nie takie, jakie byśmy chcieli, ale myślę, że powoli dochodzi się do każdego problemu i doprowadzimy do tego, że te pieniądze będą, zakłady będą funkcjonowały na pewno na wyższym poziomie niż w powszechnej służbie zdrowia.

Zasada jest taka: mamy pięćdziesiąt cztery SP ZOZ, trzy JB-R, w tych pięćdziesięciu czterech SP ZOZ jest osiem zakładów opieki zdrowotnej, w których jest personel mundurowy i te osiem zakładów chcemy utrzymać plus dodatkowo trzy sanatoria czy szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne. Do czasu podjęcia decyzji pozostałe również chcemy utrzymywać w systemie wojskowej służby zdrowia, finansować je tak, żeby mogły wykonywać zadania wynikające z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Jeżeli będą umiejętnie kierowane, na pewno minister nie wyrzuci ich na margines, na dzień dzisiejszy on nie ma takich przesłanek ani ciągotek, żeby to zrobić, mimo że, tak jak powiedział pan minister Zemke, z punktu widzenia merytorycznego te zakłady nie zawsze są potrzebne Ministerstwu Obrony Narodowej. Niemniej one są na terenie Polski, leczą i żołnierzy i gros innych naszych obywateli. Na pewno te placówki w całym systemie powszechnej służby zdrowia są niezbędne i są bardzo pozytywnie postrzegane przez ubezpieczonych. I na tym chciałbym skończyć tę swoją krótką prezentację. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję panu generałowi.

Szanowni Państwo, muszę powiedzieć, że jak się tego słuchało, to wszystko, z wyjątkiem tych liczb, dotyczących zobowiązań i ujemnych wyników finansowych, nawet dość przyjemnie brzmiało.

Teraz, Szanowni Państwo, chciałbym poinformować, że za pośrednictwem ministra obrony narodowej zaprosiłem tutaj reprezentację i tych bardzo dobrych placówek... To znaczy, ja zakładam, że wszystkie są dobre, po prostu są szpitale niezadłużone i są te zadłużone. Tak więc są tu przedstawiciele dwóch zadłużonych placówek: z Gdańska i Ełku. Może zaczniemy od nich. Pierwsza stawiała się placówka znad morza, bo już podczas poprzedniego posiedzenia widziałem tutaj pana admirała.

Czy można prosić pana komendanta... chyba zastępcę komendanta, tak?

(Zastępca Komendanta 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie Włodzimierz Żychliński: Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo...)

Bardzo krótko bym prosił powiedzieć o sytuacji i o tym jak ją widzicie, Szanowni Państwo, w świetle nawet tych wiadomości, które tutaj przekazał resort.

Zastępca Komendanta

7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie

Włodzimierz Żychliński:

Nazywam się Włodzimierz Żychliński. Jestem zastępcą komendanta Szpitala Marynarki Wojennej.

Proszę państwa!

Wszyscy mamy problemy, które można podzielić, jak się wydaje, na trzy grupy. Pierwsza grupa to są problemy finansowe, druga to problemy personalne, i trzecia to problemy kontraktowe.

Jeśli chodzi o problem finansowy, to na koniec 2003 r. szpital był zadłużony na 23 miliony zł, a na koniec 2004 r. – na 19 milionów 400 tysięcy zł. Mamy nadzieję, że do maja ten dług już się zmniejszył.

Są współczynniki Altmana, które określają stan upadłości. Wartość graniczna tego współczynnika to jest 1,81; na koniec 2003 r. wynosił on 0,03, natomiast na koniec 2004 r. – 0,56. Jest to wartość wymierna, która świadczy o tym, że jest tendencja ograniczania długu i wychodzenia ze stanu upadłości.

Jeśli chodzi o problem personalny, największe kłopoty są z pozyskiwaniem kadry zawodowej medycznej. Wynika to z dwóch powodów. Po pierwsze, z niepewności finansowania, po drugie, w jednostkach wojskowych niejednokrotnie lekarze bez specjalizacji mają wyższe etaty niż w szpitalach lekarze ze specjalizacją. Lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji ma etat kapitana, z drugim stopniem specjalizacji ma etat majora. W jednostkach niejednokrotnie lekarze bez specjalizacji czy z pierwszym stopniem specjalizacji mają etat majora. I dlatego, ze względu na ustawę, są zablokowane możliwości pozyskania lekarzy do szpitala na etaty na oddziale.

Następna sprawa to jest kontrakt. Występując do Narodowego Funduszu Zdrowia, obliczyliśmy bardzo realnie potrzeby szpitala i oceniliśmy je na 25 milionów zł rocznie. Na 2005 r. otrzymaliśmy kontrakt większy niż w 2004 r. o ponad 6%, to i tak jest największa zwyczajka kontraktu w stosunku do innych trójmiejskich szpitali, ale dla nas, na nasze potrzeby, i tak jest to zbyt mało, prawie o jedną czwartą wartości, jaką potrzebujemy. Dziękujemy bardzo za te pieniądze, bo dzięki staraniom państwa rzeczywiście otrzymaliśmy największą zwyczajkę kontraktu ze wszystkich szpitali trójmiejskich w porównaniu do 2004 r.

Jeśli chodzi o samo leczenie, to uważam, że wielką zdobyczą jest to, że możemy leczyć wszystkie grupy społeczne. To jest wielka zdobycz wojskowej służby zdrowia od czasu wejścia w życie reformy. Minusem natomiast, naszym zdaniem, jest to, że tym wszystkim uwarunkowaniom, również uwarunkowaniom kolejki oczekujących, musiała się poddać kadra zawodowa. Wydaje nam się, że powinien być stworzony taki system, który by umożliwił leczenie i przyjmowanie kadry zawodowej poza kolejką oczekujących. To by na pewno bardzo, bardzo uzdrowiło sytuację, zyskało zaufanie kadry i poczucie pewności zaopatrzenia i leczenia w strukturach MON.

W tym roku szpital otworzył pełnoprofilowy oddział ratunkowy. Częściowo był on otwarty już w 2003 r. W tym roku dzięki staraniom zarządu wojskowej służby zdrowia otrzymaliśmy spore pieniądze, za które można było dokończyć remont i otwo-

rzyć pełnoprofilowy szpitalny oddział ratunkowy. Otworzyliśmy też pododdział psychosomatyczny przy oddziale psychiatrycznym, który jest ukierunkowany przede wszystkim na leczenie stresu pourazowego. Mamy w planie na ten rok otwarcie i modernizację stacji dializ, bloku operacyjnego oraz stacji krwiodawstwa.

Niestety, z powodu zbyt małego kontraktu musieliśmy zlikwidować pulmonologię jako oddział, włączyliśmy pulmonologię w kontrakt oddziału chorób wewnętrznych oraz dermatologii. To tyle, dziękuję bardzo. Jeżeli mają państwo pytania, to bardzo proszę.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję. Ja myślę, że pytania będą później.

(Zastępca Komendanta 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie Włodzimierz Żychliński: Dziękuję serdecznie. Dziękuję bardzo.)

Ewentualnie prosiłbym, żeby pan uzupełnił tę wypowiedź o informację, jakie są zobowiązania w stosunku do kadry. Bo ja tego nie usłyszałem, może pan mówił.

**Zastępca Komendanta
7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie
Włodzimierz Żychliński:**

Na dzień dzisiejszy one wynoszą niespełna 2 miliony zł, 1 milion 900 tysięcy zł z drobnym hakiem.

(Głos z sali: Na dzień dzisiejszy 989 tysięcy 400 zł.)

(Głos z sali: W drodze do Warszawy zmniejszyły się o milion.)

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Teraz może wysłuchamy Ełku, który moje zdrowie ma ratować.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Szpital by zginął czy ja?

(Głosy z sali: Szpital.)

(Głos z sali: Panie Senatorze, pan dużo może.)

Dobrze, proszę bardzo.

**Komendant 108 Szpitala Wojskowego w Ełku
Krzysztof Mawlichanów:**

Szanowny Panie Senatorze! Szanowny Panie Ministrze! Szanowne Panie i Szanowni Panowie! Panie Generale! Panowie Oficerowie!

Otóż przyznam, że słuchając, czuję się trochę zażenowany, dlatego że 108 Wojskowy Szpital w Ełku znów się źle kojarzy. Chciałbym państwa zapewnić, że robimy wszystko, żeby tę złą kartę historii wreszcie zamknąć i odwrócić.

Dzieje się tak dlatego, że 108 Wojskowy Szpital w Ełku od mniej więcej osiemnastu lat przechodzi ciągły proces rozbudowy, restrukturyzacji i wykonywania zadania 34380, które, co chciałbym zameldować, w bieżącym roku zostało zakończone. I dlatego wszelkie oskarżenia o nadmierne finansowanie, bo takie głosy również z przykrością słyszałem, dotyczące 108 Wojskowego Szpitala w Ełku, nie znajdują pokrycia w rzeczywistości, albowiem...

(Przewodniczący Wiesław Pietrzak: Aż minister odetchnął.)

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Janusz Zemke: Po dwudziestu latach skończyliśmy chirurgię.)

Melduję, Panie Ministrze, że po dwudziestu dwóch latach, jeżeli chodzi o projekt, ale mniejsza z tym. W każdym razie to finansowanie było przerywane – ono było, trafiało na wokandę parlamentarną, później spadało i tak naprawdę firmy trzykrotnie zwijały rusztowania, zabierały materiały, swoich ludzi i przeciągało się to bardzo. Uważam, że szpital stracił przez to wizerunek i my wszyscy na tym straciliśmy, część kadry medycznej od nas odeszła.

Chciałbym króciutko państwa poinformować, jaka jest obecnie nasza sytuacja. Otóż 108 Wojskowy Szpital w Ełku jest najbardziej wysuniętym na północny wschód szpitalem NATO, co podkreślam z całą konsekwencją, bowiem we wrześniu zeszłego roku otrzymaliśmy natowski certyfikat gospodarki narodowej.

Obecnie szpital składa się głównie z pawilonu nr 3, czyli ogromnego siedmioletowego punktowca, w którym mieści się dziesięć oddziałów specjalistycznych. Są to, króciutko powiem: szpitalny oddział ratunkowy, mający certyfikację jako jeden z najnowocześniejszych szpitalnych oddziałów ratunkowych w województwie, wraz z lądowiskiem dla śmigłowców, które mamy dzięki uprzejmości pana ministra, ono również spełnia normy NATO; jest też oddział anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii z urologią i ginekologią, oddział urazowy ortopedyczny, oddział chorób wewnętrznych, złożony z kardiologii, gastrologii, neurologii i otolaryngologii, okulistyka, dermatologia i nowo zarejestrowany oddział rehabilitacji. Dysponujemy tomografem komputerowym i zakładem radiologii, zakładem endoskopii, laboratorium centralnym, centralną sterylizacją oraz zakładem endoskopii i krwiodawstwem, które w zasadzie plasują nas na drugim poziomie referencyjnym, jeżeli chodzi o jakość udzielanych usług. Są to, proszę państwa, oddziały, które pozyskały najnowszy sprzęt wartości prawie 7 milionów zł właśnie w ramach tej inwestycji. Nie mamy się więc czego powstydzić.

Jeśli chodzi o potencjał, szpital ma dwieście czterdzieści jeden łóżek, z tym że istnieje możliwość zwiększenia tej liczby w zależności od potrzeb. Na rozkaz przełożonych jesteśmy w stanie rozszerzyć zakres działalności szpitala. Obecnie 108 Wojskowy Szpital w Ełku zatrudnia czterystu siedmiu pracowników: trzystu pięćdziesięciu siedmiu pracowników cywilnych oraz pięćdziesięciu członków kadry zawodowej. Wśród pracowników cywilnych – króciuteńko powiem, telegraficznie – jest dwudziestu dwóch lekarzy, dwieście jeden pielęgniarek, pozostałe osoby to pion techniczny i obsługa. Jeżeli chodzi o kadrę zawodową, etatowo jest sześćdziesiąt sześć stanowisk, z czego pięćdziesiąt obsadzonych, niestety jest szesnaście wakatów, jest trzydziestu dziewięciu lekarzy wojskowych.

Chciałbym zameldować, że nasz rejon oddziaływania obejmuje dwa województwa: dawne województwo suwalskie i białostockie, czyli obecnie warmińsko-mazurskie, a więc jedno z większych w Polsce, oraz województwo podlaskie, jest to ósmy rejon leczniczy. W naszej podległości jest 1 Dywizja Zmechanizowana, 16 Dywizja Zmechanizowana wraz z pododdziałami 1 Mazurskiej Brygady Artylerii i pomniejszych jednostek, w tym Marynarki Wojennej. Łącznie w rejonie oddziaływania jest dwanaście tysięcy żołnierzy, są dwa szpitale wojskowe, tak zwane wojskowo-cywilne – w Olsztynie i Elblągu – oraz dwa WSPL – w Giżycku i Braniewie. Około tysiąca żołnierzy manew-

ruje na bieżąco w bazie poligonowej Wojsk Lądowych w Bemowie Piskim. Jest to w kraju trzecia co do wielkości baza poligonowa, liczy sobie 42 tysiące ha.

Usługi medyczne świadczymy również dla członków rodzin kadry zawodowej, emerytów wojskowych oraz Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Policji, Służby Więziennej oraz pracowników, czy może inaczej, osób cywilnych niezwiązanych z resortem.

Chciałbym powiedzieć, że nasze województwo, właściwie nasz rejon działania tym się różni od innych, że my nie mamy bazy klinicznej. W związku z tym pewna struktura dobrania kontraktu u naszego wiążącego fundamentalnego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, generalnie rzecz biorąc, powinna być troszkę inna, inaczej należy patrzeć na kwestie konsumpcji środków, jeżeli chodzi o nasze oddziały.

Melduję, że jeżeli chodzi o bieżącą działalność, to biorąc pod uwagę, że moja kadencja trwa od IV kwartału 2003 r., można przedstawić ją następująco, dla porównania: w 2001 r. straty szpitala wyniosły 4 miliony 900 tysięcy zł, w 2002 r. – 5 milionów 700 tysięcy zł, w 2003 r. strata zmniejszyła się do 3 milionów 200 tysięcy zł, w 2004 r. – do 2 milionów 300 tysięcy zł, natomiast za I kwartał bieżącego roku strata wynosi 300 tysięcy zł. Szacunkowo patrząc na przeliczniki ekonomiczne, można założyć optymistyczną wersję, że za 2005 r. strata wyniesie nieco więcej niż 1 milion zł, co dawałoby, zgodnie ze słowami pana generała, ewidentny postęp, jeżeli chodzi o działalność szpitala.

W styczniu tego roku mieliśmy 120 tysięcy zł na plusie, w lutym minus 400 tysięcy zł, w marcu 490 tysięcy zł, natomiast w kwietniu znów 260 tysięcy zł w stosunku dodatnim. Wydaje mi się, że są to dobre wskaźniki, tym bardziej że zatrzymano pewne patologiczne zjawiska, które były związane z przejściem z systemu budżetowego na rynkowy system opieki zdrowotnej, z odejściem kadry, z pewnymi posunięciami, które na szczęście zostały wyeliminowane oraz z modernizacją zakładu i ekonomizacją udzielania usług.

Na uwagę zasługuje kwestia nadwykonań kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, które mamy w wysokości 600 tysięcy zł, licząc za pierwszy kwartał 2005 r.

Chciałbym zauważyć, że spośród szpitali zlokalizowanych na terenie naszego województwa, do których możemy się porównywać, z wyjątkiem szpitala wojewódzkiego w Olsztynie, mamy, proszę państwa, najniższy kontrakt u naszego podstawowego płatnika, w NFZ, na około 12 milionów zł. Dla porównania, szpital w Giżycku, cywilny szpital, który jest mniejszy i strukturalnie, i pod względem kadr medycznych, i pod względem rejonu oddziaływania ma kontrakt w wysokości prawie 22 milionów zł.

Szpital ełcki ma kontrakt w wysokości 19 milionów zł rocznie. W Ełku powstały dwa szpitale, trudno powiedzieć, dlaczego zapadła taka decyzja, jest również cywilny szpital, nieco mniejszy, bazujący, proszę państwa, na emerytach wojskowych, sfrustrowanych lekarzach, odchodzących, niestety, z naszego zakładu, i na to również chciałbym zwrócić państwa uwagę.

Jesteśmy szpitalem odwoławczym dla szpitali cywilnych, takich jak właśnie niniejszy, wymieniony wcześniej, w Ełku, dla szpitala w Grajewie, dla szpitala w Piszku, w Gołdapi. Jesteśmy więc integralnym elementem funkcjonowania opieki zdrowotnej naszego województwa, województwa o strukturalnym bezrobociu, i to jest kolejny problem. Co więcej, chciałbym powiedzieć, że jako jeden z nielicznych szpitali woj-

skowych funkcjonujemy w systemie ratownictwa medycznego, gdyż mamy zakontraktowany zespół wyjazdowy i świadczymy usługi z dziedziny tomografii komputerowej właściwie dla większej, wschodniej części naszego województwa.

Jeżeli chodzi o kwestie, które wiążą się z bieżącą działalnością, to chciałbym powiedzieć, że przede wszystkim zabezpieczamy medycznie wojska manewrujące dyslokowane na naszym terenie oraz kadrę i członków rodzin. Zabezpieczamy poligon Bemowo Piskie, mamy bezpośrednie łącza, wypracowaliśmy system postępowania ratunkowego i ratowniczego i to wszystko sprawdza się w naszej sile bojowej. Co więcej, zabezpieczamy również żołnierzy manewrujących w bazie poligonowej, a także obywateli państw obcych, przebywających na naszym terenie.

Jeżeli chodzi o działalność pozamedyczną, prowadzimy szkolenie rezerw osobowych. Jesteśmy jednym z nielicznych szpitali, który realizuje tego typu przedsięwzięcia. Świadczymy usługi medyczne również dla osób cywilnych, a także współorganizujemy, jeszcze raz to podkreślam, powiatowe centrum powiadomienia ratunkowego.

Jeżeli chodzi o bazę ratowniczą, obecnie jesteśmy, jak powiedziałem, na bardzo wysokim poziomie, ponieważ mamy lądowisko dla śmigłowców i ubiegamy się o stacjonowanie, o dyslokowanie na terenie naszego szpitala bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Zgodnie z obietnicą pana wojewody i wstępną decyzją ministra zdrowia, dyslokacja śmigłowca miała być od 1 maja, przesunięto ten termin na 1 czerwca, dzisiaj jest 1 czerwca i jeszcze nie otrzymałem meldunku, żeby śmigłowiec stacjonował.

Co więcej, w dobie nefunkcjonowania ustawy o ratownictwie, chociaż taka ustawa miała wejść w życie, oraz o krajowej sieci szpitali, szpitalny oddział ratunkowy, mimo swojej nowoczesności, wieloprofilowości, bo jest jednym z nowocześniejszych w Polsce, niestety nie przynosi dochodu. Miały być odrębne środki na świadczenia, a obecnie dysponujemy tylko ryczałtem, chociaż trzeba przyznać, że jest on drugi co do wielkości w województwie, więc daje nam to jakąś satysfakcję przy mizerii materialnej środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli chodzi o zagrożenia, jakie wynikają, jakie wiążą się z działalnością... Może zanim powiem o tych zagrożeniach, pozwolicie państwo, że króciutko przedstawię strukturę długu szpitalnego, który na dzień dzisiejszy niestety wynosi 16 milionów zł. Są to zobowiązania na dzień 30 kwietnia 2005 r. Otóż zobowiązania publiczno-prawne wynoszą 5 milionów 378 tysięcy zł; to są dane z kwietnia, wobec ZUS – 5 milionów 121 tysięcy zł, PFRON – 257 tysięcy zł, zobowiązania wobec pracowników i kadry wynoszą 5 milionów 669 tysięcy zł. Może będą pewne rozbieżności, Panie Generale, ale one wynikają z ewentualnych odsetek w stosunku miesięcznym. Jeśli chodzi o kadrę zawodową, zobowiązania są rzędu 1 miliona 600 tysięcy zł plus odsetki, które w tej chwili sięgają 600 tysięcy zł z niewielkim okładem. Jeżeli chodzi o zobowiązania wobec pracowników, wynoszą one 4 miliony zł, proszę państwa, z tego 2 miliony 300 tysięcy zł wynikają z ustawy 203 plus pochodne. Pozostałe to są odsetki.

Jaka jest przyczyna powyższych zjawisk? Jeszcze tylko dodam, że z tytułu dostaw zakupu leków nasze zobowiązania wynoszą 2 miliony 600 tysięcy zł, a jeśli chodzi o zakupy sprzętu, nie spłaciliśmy trzeciej raty za tomograf komputerowy, który sfinansowaliśmy w 2002 r. z własnych środków, i to jest 480 tysięcy zł. Za pozostałe media zobowiązania wynoszą od 500 do 100 tysięcy zł.

Chciałbym powiedzieć, że przyczyną zadłużenia wobec kadry są zjawiska, które miały miejsce w latach 2000–2002 w związku z brakiem płynności finansowej

szpitala i znikomym na owe czasy kontraktem. Są to niewypłacone należności za dyżury, poddyżury i nagrody roczne rzędu 1 miliona 73 tysięcy zł. W I kwartale 2003 r. również była podobna sytuacja, od maja do września nie były wypłacane należności za dyżury i poddyżury z powodu braku aktywów na koncie, i to zadłużenie wyniosło 202 tysiące zł.

Jeśli chodzi o 2004 r., z powodu nagrody rocznej, niestety to była moja decyzja, jednomiesięcznego dodatkowego wynagrodzenia, tak zwanej czternastki, dodatkowo weszło to wynagrodzenie dla kadr, powstało zobowiązanie wobec kadr w wysokości 333 tysiące zł.

Jeżeli wolno, chciałbym zwrócić uwagę jeszcze na następujące kwestie. Otóż niewątpliwym zagrożeniem, jeżeli chodzi o działalność szpitala, bieżące funkcjonowanie, jest brak finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykonanych świadczeń medycznych, tak zwanych ponadlimitowych. Otóż skąd one się wzięły? Wojskowa służba zdrowia, jak moi szanowni przedmówcy byli łaskawi stwierdzić, przez lata wypracowała sobie pewną markę. I teraz my jesteśmy, proszę państwa, niewolnikiem jakości. Jak powiedziałem wcześniej, nasz kontrakt jest zaniżony w stosunku do kontraktów wszystkich innych zakładów, biorąc pod uwagę zakres wykonywanych przez nas usług. Dodam jeszcze, że jedyni w tej części kraju, właściwie w tej części województwa, mamy okulistykę operacyjną, laryngologię, oddział chirurgiczny z najnowocześniejszymi urządzeniami, zakład endoskopii, którym kieruje mój szanowny kolega. Okazuje się, że wykonujemy, jesteśmy w stanie wykonać 160% zakontraktowanych świadczeń medycznych i to bez nadużywania, powiedzmy, bez zbędnego tak zwanego przegrzewania łóżek. Co więcej, w I kwartale 2004 r. z różnych względów, z przyczyn procedur ratunkowych, z przyczyn procedur interwencyjnych, odwoławczych, musieliśmy wykonać świadczenia rzędu 140% zakontraktowanych środków. Już kończę. W związku z tym mamy wielki niedosyt finansów, to znaczy rzędu 600 tysięcy zł.

Jeśli chodzi o braki kadrowe, również na to zwracam uwagę, koledzy słusznie zauważyli, że jest kwestia porównania intratności pracy w szpitalu wojskowym z pracą w szpitalu cywilnym na tożsamym etacie, czyli tam, gdzie jest kontrakt i nie ma kodeksu pracy i tutaj, gdzie musimy przestrzegać wszystkich parametrów. Nam po prostu grozi to, że lekarze nie będą chcieli przyjść do nas do pracy. Pomijam kwestię, że jesteśmy szpitalem wojskowym, a złośliwi twierdzą, że zmechanizowanym, w związku z czym u nas pewne uwarunkowania dyscyplinarne są na wyższym poziomie, ale jest to ryzyko. Ubiegamy się o uzupełnienia kadrowe, jednak, mimo starań pana generała Kondrackiego, bardzo trudno jest pozyskać lekarzy, bowiem oni albo zamierzają przenieść się z jednostek wojskowych, gdzie również są braki etatowe i kadrowe, albo po prostu odejść do cywila. I niestety, z przykrością stwierdzam, że oni odchodzą, złowieni przez cywilne placówki służby zdrowia. Wykształceni za nasze środki resortowe, odchodzą i nie wykonują swoich zadań, do jakich byli przez tyle lat przyuczani.

Kwestia, proszę państwa, następna, mianowicie finansowania etatów, jeżeli mógłbym zasygnalizować ten problem. Nas obejmują wszelkie uwarunkowania ustawowe, wynikające z ustawy o pragmatyce służby i ustawy o służbie żołnierzy zawodowych. Nie można tego bezpośrednio transponować na SP ZOZ, ponieważ jest on zakładem, który działa na komercyjnych warunkach. Oczywiście, że można byłoby konstruować wynagrodzenia z uwzględnieniem premii motywacyjnych, bo są terapeu-

ci, są lekarze, są specjaliści w mundurach, którzy wytwarzają zysk netto rzędu 40–50 tysięcy zł miesięcznie. Podporządkowanie jednak wszystkich ustawie i nakaz zastosowania podwyżki, czternastej pensji itd. niestety wiąże się ze zwiększeniem kosztów własnych. Ilekroć udało nam się odbić od dna, spłacić troszeczkę zobowiązań, wchodziły tutaj wynagrodzenia. Być może byłaby możliwa koncepcja, w obecnym systemie prawnym niestety nie jest, chociażby finansowania wynagrodzenia za stanowisko wojskowe w szpitalach wojskowych.

Przyrównywanie nas do zakładów cywilnych i głoszenie, że wojsko jest gloryfikowane, chyba rozmija się troszkę z rzeczywistością, bo oprócz zadań leczniczych i profilaktycznych na nas są nałożone też zadania mobilizacyjne, szkolenie rezerw, samokształcenie i przede wszystkim gotowość. Śmiem twierdzić, że cywilne zakłady opieki zdrowotnej nie dysponują żadnymi rezerwami leków czy osobowymi na wypadek „W” albo nawet na wypadek katastrof masowych, czego dowodem są kontrole, prowadzone również w tych zakładach, nie prowadzą one ćwiczeń, na przykład poż. czy innych tego typu.

Kwestią wielkiego ryzyka jest, proszę państwa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Melduję, Panie Senatorze, że to już ostatnie zdanie. Chodzi o skupowanie długów przez firmy handlujące długami. Niestety wojskowe zakłady lecznicze są bardzo łakomym kąskiem, dlatego że, jak wiadomo, organem założycielskim jest minister obrony narodowej. W związku z tym znajdują się firmy, takie jak: Magellan, firma Hanamak, firma Nordea, firma Elektyw, które perfidnie skupują długi szpitalne, po czym w porozumieniu z komornikami – niestety trudno mi powiedzieć, jakie jeszcze mają źródło informacji, na przykład odnośnie do środków na cele mobilizacyjne – dokonują bezprecedensowych zajęć kont. Na szczęście udaje nam się pokonać swoisty slalom gigant i tak do końca nie oddawać tych środków. Niemniej działamy na granicy prawa, niepodleganie bowiem zajęciom komorniczym, nierealizacja tytułów wykonawczych sądu powszechnego jest przestępstwem, chcielibyśmy uniknąć takiej sytuacji. Z drugiej jednak strony, zagrożone jest wykonanie zadań, wynikających po prostu ze statutowej działalności szpitala.

I ostatnie zdanie. Zysk, proszę państwa, to są przychody minus koszty. Jeżeli chodzi o przychód, gdybyśmy otrzymywali środki adekwatne do możliwości wykonawczych, do potencjału, jakim dysponujemy, a przede wszystkim do zapotrzebowania naszych pacjentów, wówczas absolutnie byśmy się bilansowali w każdą stronę, nie byłoby tego problemu. Po prostu musimy zwiększyć przychód. I tu jeszcze raz niski ukłon w kierunku Narodowego Funduszu Zdrowia, bardzo serdecznie proszę wziąć to pod uwagę. Jeżeli chodzi o redukcję kosztów, bo cięcie kosztów jest podstawą, jesteśmy w tej chwili na granicy. Niektóre osoby pełnią po kilka funkcji, oczywiście można jeszcze podkreślać dyscyplinę, stać z zegarkiem przy bramie, ale są granice wytrzymałości personelu. Uważam, że my zrobiliśmy już bardzo dużo. Serdecznie proszę o pomoc, szczególnie w redukcji zobowiązań, wynikających z transformacji etatowych szpitala z poprzedniego etatu i poprzednich potrzeb sił zbrojnych na dzisiejsze. Koszty tej transformacji ponieśliśmy my jako SP ZOZ i wydaje mi się, że resort powinien w tym partycypować.

Chciałbym też serdecznie zaprosić państwa do odwiedzenia 108 Wojskowego Szpitala w Elku, żebyście mogli zmienić dotychczasową opinię, bo naprawdę macie

świetny natowski szpital na północno-wschodnich peryferiach Polski, który wykonuje swoje zadania najlepiej i najbardziej prawidłowo jak tylko można. Chodzi o to, żeby już nie narzekać na ten Ełk. Melduję, że skończyłem.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Chciałem powiedzieć: wreszcie. Zaprosiłem go pod warunkiem, że będzie mówił pięć minut.

(Komendant 108 Szpitala Wojskowego w Ełku Krzysztof Mawlichanów: Dłużej mówiłem, przepraszam.)

Słowa nie dotrzymał, niestety.

Nie wiem, czy ciągniemy to dalej i dopiero potem rozpoczniemy dyskusję, czy...

(Głos z sali: Niech będzie dyskusja.)

Chciałby, żeby jeszcze Bydgoszcz pochwaliła się swoimi osiągnięciami, bo to jest szpital... Można prosić pana pułkownika Wiśniewskiego?

(Komendant 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy Andrzej Wiśniewski: Panie Senatorze, trudno mówić o jakichś tam wielkich sukcesach.)

Proszę siedzieć. Chcielibyśmy wiedzieć, dla porównania, jak sobie daje radę pa-na placówka. Albo niech pan powie, jakie są różnice.

**Komendant 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy
Andrzej Wiśniewski:**

Raczej jest tak, że ciągniemy ten wózek, tak jak wszyscy, w bardzo dziwnych uwarunkowaniach prawnych, które na swój sposób spowodowały, że wojskowa służba zdrowia została w poważny sposób zdeorganizowana. Już nie mówię o samym systemie finansowania kadry w szpitalach, bo to jest troszeczkę udziwnienie, nawet na skalę NATO, czy w ogóle w porównaniu do armii świata. Nie w tym jednak rzecz. Po prostu nasz szpital również ma zaległe długi, które powstały w latach, w których nie mieliśmy na to wpływu, ponieważ przez dwa i pół roku w ogóle nie miałem kontraktu z regionalną kasą chorych.

Ponadto prawne uregulowania, które wprowadzono, i wytyczne przełożonych, żeby zapłacić 110 zł i 203 zł, zgodnie z ustawą, spowodowały, że musieliśmy wydać około 12 milionów zł na tego typu zobowiązanie. Załogi otrzymały należności, przeprowadziliśmy restrukturyzację zakładu, zdobyliśmy w sumie 300 zł, resztę dostaliśmy z Ministerstwa Obrony Narodowej. Z powodu znacznego obniżenia etatów, o czym koledzy tu powiedzieli, sporo dobrej kadry odeszło i zasiliło sąsiednie szpitale, w najbliższych województwach. Odeszło czterdzieści osób, dwadzieścia parę z doktoratami, dwie z habilitacjami.

Po tej restrukturyzacji, kiedy jeszcze funkcjonowała branżowa kasa chorych, trochę poprawiła się nasza sytuacja, bo w końcu otworzył się rynek z kasy regionalnej i zaczęło się lepsze finansowanie. Z tym że główne finansowanie, które nam pomagało, było z promes. Szpital ma na dość wysokim poziomie wiele świadczeń medycznych, niektóre są po prostu unikatowe na skalę krajową, ludzie chcieli się leczyć i korzystali z tych świadczeń, w związku z tym zdobyli promesy. Dzięki temu powolutku zaczęliśmy stawać na nogi. Poprzedni rok skończyliśmy saldem około 600 tysięcy zł, w tym roku chyba 470 tysięcy zł mamy in plus.

W dalszym jednak kontrakt jest niezadowolający, szczególnie od czasu, gdy w ogóle zlikwidowano branżową kasę chorych. Nasze województwo dostaje pieniądze

według starego klucza, a kiedyś było tak, że wcale nam ich nie dawano. Startowaliśmy więc z innego współczynnika i dlatego teraz są różnice. Na przykład szpital podobnej rangi, powiedzmy we Wrocławiu, ma do dyspozycji prawie 100 milionów zł, podczas gdy nasz – niecałe 70 milionów zł, w sytuacji gdy wykonujemy wiele zabiegów, ludzie z całej Polski chcą się u nas leczyć i do niektórych specjalistów są takie kolejki, że zapisy są na trzy i pół roku. Na przykład na prostą rehabilitację pacjenci są zapisani do lutego 2007 r. To też o czymś świadczy. Możliwości mamy, ale staramy się nie przyjmować pacjentów ponad limity. Trochę nadlimitów niestety mieliśmy w jednym czy drugim roku, ale one były nieduże, sporej liczbie osób odmawiamy przyjęć, w zeszłym roku dziewięć pół tysiąca chętnych zostało odesłanych z kwitkiem. Staramy się leczyć ze wskazań życiowych, bardzo rozwiniętą działalność ma oddział ratunkowy i izba przyjęć. Przyjmujemy bowiem tych najbardziej potrzebujących.

Jeśli chodzi o te kolejki, system, jaki jest obecnie, rujnuje wszystko, psuje opinię o solidności wojska. Niestety poza kolejnością możemy przyjmować tylko nagłe przypadki, ostre i ze wskazań życiowych. Nie możemy zapewnić leczenia wszystkim, którzy sobie tego życzą, bo za dużo jest przypadków ze wskazań życiowych, a szpital ma odpowiedni potencjał, chyba jeden z nielicznych w kraju ma niemalże wszystko na miejscu: mamy rezonans, będziemy mieli tomograf najwyższej klasy, w sobotę uruchamiamy sześćdziesięcioczworwarstwową tomografię; szpital na Szaserów chyba 15 czerwca będzie uruchamiać tego typu aparat. Jest to jeden z pierwszych takich aparatów w kraju. Mamy diagnostykę izotopową, jeśli chodzi o niektóre wyspecjalizowane oddziały, jak neurochirurgia, mamy neuronawigację, jedyni w Polsce nawigację komputerową w laryngologii. To po prostu powoduje, że chętnych jest dużo, ale my możemy przyjąć tylko tyłu, na ilu fundusz daje nam pieniądze, bo pacjenci nie mogą płacić, chociaż może by to poprawiło tę sytuację. Na dziś bowiem możliwości szpitala mamy wykorzystane w 50–60%.

Z drugiej strony, jako szpital mamy inne zobowiązania, typowo wojskowe, czyli zadania mobilizacyjne i przygotowanie kadry do wyjazdów za granicę. Mówiono tu o telemedycynie, od dawna czekamy aż ten sprzęt wróci z Iraku, chcemy przekazać go właśnie dla szpitala Ełku, żeby tam mogli konsultować pewne przypadki, to może im pomóc, a ja im to obiecałem. Na razie jednak ten sprzęt jest jeszcze w Iraku, nie mogę więc go oddać.

Myślmy o tej współpracy w zakresie neurochirurgii, bo tam jest czarna dziura w tym zakresie, chociaż możliwości są. Podstawowym problemem są jednak kontrakty, one powinny być jak najwyższe i bardziej otwarte, na przykład dotyczące wskazań życiowych, urazów, wypadków, takich sytuacji, w których helikopter transportuje chorych.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję.

Można teraz pana prosić, ale bardzo krótko...

(Brak nagrania)

**Dyrektor 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu
Ryszard Stankiewicz:**

Nie, nie, akurat chcę przyjąć nieco inną formułę.

(Przewodniczący Wiesław Pietrzak: Bardzo krótką.)

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Ja chcę przyjąć nieco inną formułę, bo słuchając wypowiedzi moich poprzedników, kolegów dyrektorów czy komendantów, jak na razie odnoszę wrażenie, że w wojskowej służbie zdrowia dzieje się bardzo dobrze. A mój szpital jest jednym z tych szpitali, które są poza „ósemką” i ma, niestety, problemy, które budzą mój niepokój.

Chciałbym powiedzieć o dwóch sprawach, zrobić taki wstęp. Przyczyny całego zła są wewnętrzne i zewnętrzne. Wewnętrzne, leżące po naszej stronie, za które my odpowiadamy jako dyrektorzy i komendanci, to brak zmian restrukturyzacyjnych prowadzonych od samego początku. Zewnętrzne przyczyny to te, które są od nas niezależne, ale niestety nas dołują.

Teraz powiem o tych przyczynach wewnętrznych. Jeśli chodzi o mój szpital, ja zrobiłem to, co do mnie należy. Mam tutaj odpowiednie wskaźniki i jeżeli będziecie państwo chcieli, pan przewodniczący czy pan minister, może pan generał, może panie i panowie, później je przedstawię, bo teraz nie chciałbym państwa nimi zanudzać.

Od 1999 r. systematycznie dostosowywałem się do warunków, nie patrząc czy nie żałac się na to, że mam większy czy mniejszy fundusz, robiłem restrukturyzację, dostosowywałem moje możliwości do środków, które miałem z funduszu lub z przychodów. No i teraz mam tego owoce. Niedawno weszła w życie ustawa restrukturyzacja, która spowodowała, że niestety ani nie mogę uzyskać pożyczki restrukturyzacyjnej, ani nie mogę dostać legalnie, w myśl art. 40, dotacji, muszę się uciekać do fortelu. Nie mam żadnych zadłużeń z tytułu ustawy 203 za 2001 r. i 2002 r. Nie mam żadnych długów cywilnoprawnych i publiczno-prawnych za te lata i po to, żeby uzyskać czy załapać się na tę stumilionową dotację, uzyskałem dzisiaj zgodę od pełnomocnika ministra obrony narodowej na zaciągnięcie kredytu w wysokości półtora miliona złotych. Właściwie nie wiadomo, w jakiej wysokości ta dotacja będzie i czy w ogóle ją otrzymamy. Kredyt jest mi potrzebny, żebym mógł spłacić dziewięć, tylko dziewięć milionów, 203 – poprawnie mówię, używam skrótu – żebym mógł użyć fortelu, czyli wystąpić o dotację do ministra zdrowia.

Podobno jest więcej takich sytuacji, jak wynika z wczorajszego rozeznania w Ministerstwie Zdrowia, więcej jest takich szpitali, które mają takie same problemy, żeby w ogóle wejść w system jakichkolwiek dotacji, tych niewielkich, bo wiemy, że to jest kwota 100 milionów zł. Niestety tak to właśnie wygląda. Czy dostaniemy tę dotację, trudno powiedzieć. Jak powiedział tutaj pan generał Kondracki, jako dyrektorzy tych zakładów jesteśmy w bardzo w niekorzystnej sytuacji, stawia nas ona z kolei w niekorzystnym świetle, jeśli chodzi o personel lekarski. Niestety nie jesteśmy odbierani pozytywnie, jak można nas odbierać z zewnątrz. Zarządzałem tak, że mam wyniki, jako zarządzający mogę się chwalić, przepraszam, że tak mówię, jestem jednak bardzo źle odbierany przez otoczenie, przez pracowników, którzy mówią: głupi byłeś, trzeba było robić tak, jak robili inni, czyli się zadłużać, kupować sprzęt, wyposażać szpital w sprzęt. Teraz jest taka sytuacja, w której jedyny wojskowy szpital w Poznaniu świadczy usługi medyczne dla 20% populacji Poznania i jednocześnie jest jedynym szpitalem, który nie ma tomografu komputerowego, jest trzecim szpitalem w Poznaniu, który ma szpitalny oddział ratunkowy. I właśnie ten szpital ma jedną z najniższych stawek, bo to jest pochodna.

Pan generał słusznie zauważył, że poprawiła się sytuacja finansowa, zmniejszyły się straty szpitali wojskowych. I to jest prawda, ale też wielkie niebezpieczeństwo. Chcę tutaj podkreślić, że te placówki okupiły to krwią. Dlaczego? Dlatego że, dążąc do zrównoważenia przychodów z kosztami, my nie kupujemy aparatury. Mam

u siebie aparaturę zdekapitalizowaną w 75%, jestem po audycie, więc mówię to z całą odpowiedzialnością. Szanowni Państwo, za rok, za dwa lata ta aparatura zdekapitalizuje się całkowicie. Narodowy Fundusz Zdrowia nie podpisze z nami umowy, bo co roku są zmiany i są pewne kryteria, które trzeba spełnić, jest kategoryzacja oddziałów. I w takiej sytuacji, niezależnie od tego, czy ja będę dobrze zarządzał, czy nie, czy zrównoważymy przychody z kosztami i ten dług się zmniejszy, będzie to tragedia dla tych szpitali. Po prostu ja nie mam możliwości kupienia sprzętu, organ założycielski narzucił nam taką dyscyplinę finansową, że praktycznie nie możemy wykonać żadnego ruchu, ja nie mogę kupić podstawowego sprzętu, nawet gdybym chciał odtworzyć ten sprzęt, nie jest to możliwe, bo on już nie jest produkowany, fizycznie tego nie ma.

Teraz chciałbym podać, jakie są po stronie zewnętrznej przyczyny tego zła, które dołują szpitale, jeśli można – w punktach.

Zmiana polityki zdrowotnej. W szpitalu, to znaczy w ogóle w służbie zdrowia w wojsku pracuję jako oficer trzydzieści dziewięć lat, a więc jestem przesiąknięty tym, czym żyję do tej pory i chciałbym, żeby ta wojskowa służba zdrowia dalej się rozwijała. Jakie ja widzę przyczyny? Częste zmiany polityki zdrowotnej. Każdy nowy system oznacza nowe regulacje prawne, co powoduje, że nie ma ciągu polityki zdrowotnej w kraju. Przychodzi jedna ekipa i mówi, że ma być tak, przychodzi druga ekipa i mówi, że ma być inaczej, przychodzi trzecia ekipa i mówi coś całkiem innego, a my w ogóle nie wiemy, na czym stoimy.

Następna sprawa. Niskie nakłady na służbę zdrowia w odniesieniu do PKB. W tym roku są najniższe w porównaniu okresu od 1999 r.

Zmiany zasad kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia. Co roku te zasady ulegają zmianie, co powoduje, że jako dyrektorzy szpitali nie możemy nawet podjąć jakichś przedsięwzięć, czynności dostosowawczych, bo jeżeli coś dostosujemy... Na przykład musiałem utworzyć drugi oddział neurologiczny, dlatego że takie było zapotrzebowanie, takie było obłożenie ludzi, co było bardzo niebezpieczne dla pacjentów. Pomijam sprawy jakościowe, ale przede wszystkim chodziło o zagrożenie zdrowia i życia tych ludzi. Tak więc zostały utworzone nowe komórki. W następnym roku było odwrotnie, na przykład z pododdziałem onkologicznym czy też z pododdziałem chemioterapii, który spełnia kryteria, ale niestety brakuje sprzętu, a co za tym idzie – kontraktów.

Niekorzystny VAT oraz niemożliwość jego odzyskania. Podatek VAT został wprowadzony dwa lata temu i niestety mamy to, co mamy. Szpital ponosi dodatkowe straty.

Wysokie podatki od nieruchomości i wysoki podatek gruntowy. To są przyczyny zła, leżące już po stronie legislacyjnej.

Wysokie odpisy amortyzacyjne. Szpitale wojskowe zdołowała słuszna... To, co jest robione, jest robione prawidłowo, problem polega na tym, że w 2002 r. wprowadzono odpis amortyzacyjny za lata 1999–2002, jest to pieniądz wirtualny, owszem on jest pieniądzem bilansowym, którego w rachunkowości trzeba przestrzegać, ale niestety, automatycznie zdołowało to szpitale finansowo.

Wzrost cen leków, sprzętu, usług zewnętrznych, mediów. Jako dyrektor szpitala ze zgrozą przeczytałem plan budżetu państwa na rok przyszły. Po prostu drzę ze strachu, kiedy czytam, że minimalne płace mają wzrosnąć o 5,5%, co wynika z ustawy o przeciętnym wynagrodzeniu w gospodarce narodowej, a jednocześnie ma wzrosnąć akcyza na prąd, wodę i gaz. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia zrównoważy te wydatki? Być może, że to będzie tak, że środki z Narodowego Funduszu Zdrowia nie zrównoważą tych wydatków.

Nieemożność uzyskania kredytów inwestycyjnych, zapewniających rozwój szpitala. Jeżeli szpital bilansuje się jako organizacja non profit na zero, to z punktu widzenia ekonomicznego, on staje się zacofany.

Narzucenie ustawą podwyżki płac, brak jakiegokolwiek wpływu na wysokość kontraktu i ceny punktu za SOR. Dodam, że my mamy 3 tysiące 400 zł, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej wystąpi natomiast do Narodowego Funduszu Zdrowia z propozycją, żeby to było 8 tysięcy 600 zł.

Brak pokrycia kosztów za leczenie bezdomnych, nieubezpieczonych, aresztowanych, osób o nieustalonej tożsamości, tych, którzy mimo deklaracji nie dostarczają dokumentów potwierdzających ubezpieczenie, czyli brak centralnej bazy danych. Brak jasnych... Ach, już dalej nie będę mówił.

I najważniejsza sprawa, na którą chciałbym tu zwrócić uwagę. Niestety, nawet jeśli nie chce się tego mówić, to wiadomo, że to może dotknąć również tego, który daje pieniądze, z którego się żyje. Tak więc brakuje wsparcia organu założycielskiego. Szanowni Państwo, największy sprzęt kupiłem za własne pieniądze, za prawie półtora miliona złotych wybudowaliśmy szpitalny oddział ratunkowy. Całe wsparcie, jakie otrzymaliśmy z Ministerstwa Zdrowia, organu założycielskiego, to było w ubiegłym roku około 330 tysięcy zł i drobny sprzęt, dzięki któremu mogliśmy naturalnie odtworzyć to, co było zużyte, na przykład szczypczyki do gastrokopu. Z takimi problemami my się borykamy, już nie mówimy nawet o rezonansach, komputerach itp., nam brakuje rzeczy podstawowych. Sprawa młotka i stetoskopu już się skończyła. Pacjenci od nas odchodzą ze względu na brak kadry, bo odchodzą też lekarze, nie ma na czym pracować. To jest mój akt rozpaczny, może wołanie. Nie obwiniam nikogo, ja po prostu tylko zwracam uwagę na problem, który jest.

Martwię się o ten szpital, o jego istnienie. Pan minister stwierdził, że część szpitali jest niepotrzebna lub pomoc jest niewystarczająca i ja po prostu drzę o to, ja bym wolał mieć jasną sytuację w swojej strategii, wolałbym usłyszeć, na przykład: dacie radę... może inaczej: jesteście przewidziani do likwidacji. I wtedy ja bym wiedział, co mam robić i co mają robić ludzie. A tak, my nic nie wiemy, sytuacja jest w zawieszaniu, naprawdę dosyć trudno nam to zrozumieć. I dlatego mam prośbę czy inaczej: apeluję, żebyście państwo zwrócili uwagę na to. Ja jestem w trudnej sytuacji, jestem postawiony pod ścianą i dlatego ta moja wypowiedź jest taka może emocjonalna, ja już nie wiem, co robić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Do dyskusji?

(Głos z sali: Do wypowiedzi.)

Dobrze, proszę bardzo.

Przewodniczący Wojskowej Izby Lekarskiej

Marian Brocki:

Profesor pułkownik Marian Brocki, przewodniczący Wojskowej Izby Lekarskiej.

Chciałbym ustosunkować się do tego i powiedzieć o pewnych sprawach, które są fundamentalne w sytuacji, o której tu koledzy mówili.

Pierwsza sprawa, Panie Senatorze. Pan jako stary żołnierz...

(*Głos z sali: Tylko nie stary.*)

(*Wesołość na sali*)

Doświadczony. Gdyby panu wójt płacił żołd, bo tak się nazywa ta pensja, to do kogo by pan należał? A tu tym młodym ludziom płaci fundusz, a nie, że tak powiem, państwo, i tu jest podstawowy błąd. Tak nie może być, żeby lekarzowi pracującemu w SP ZOZ pensję płacił SP ZOZ, a nie państwo. W takim razie on nie należy do tego państwa. I to jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Walczyliśmy o to, żeby został przynajmniej fundusz wojskowy, czyli żeby została wojskowa kasa chorych. Po tych wszystkich „przewalankach” okazało się, że zlikwidowano wojskową kasę chorych, która pomagała szpitalom, i zostaliśmy odcięci od źródła finansowania, mimo że prosiliśmy o to, żeby tę kasę pozostawić jako siedemnasty oddział funduszu. Została ona jednak zlikwidowana. Dopóki ta sprawa nie zostanie załatwiona, nadal będzie się działo to, co teraz.

Trzecia sprawa. Mówiło się tu o odpływie kadr. Nie może być tak, że lekarz po sześciu latach ciężkiej nauki idzie do jednostki jako podporucznik. Na całym świecie, we wszystkich armiach on zaczyna od kapitana, Panie Senatorze, i to jest związane w wieloma sprawami, także i ze sprawą wojny. Jeżeli starszy oficer lekarz dostanie się do niewoli, to on ma prawo wybrać sobie pracę, on nie idzie do obozu, jest lekarzem żołnierzy, którzy są w niewoli. A w takiej sytuacji, jaka jest u nas, on nie ma praw międzynarodowych. Ja nie rozumiem, dlaczego w naszym państwie, które dawno podpisało różne konwencje, ta sprawa nie jest rozwiązana.

Czwarta sprawa, która jest istotna. Jak koledzy tutaj mówili, nie ma naboru, nie ma ludzi itd. Wiąże się to z czysto ludzkimi sprawami. Jak pan senator wie, do wojska najchętniej wcielić młodego chłopaka, który skończył szkołę średnią. Idzie on do wojska i czuje się z tym wojskiem związany, jak koledzy tutaj mówili. Jeśli natomiast człowiek ma dwadzieścia pięć lat, dam tu przykład Niemiec, to nawet będąc stypendystą wojskowym, zaczyna szukać różnych wykrętów, bo w tym czasie całkowicie zmienił mu się życiowy układ, on zaczyna inaczej patrzeć na ten świat i robi wszystko, żeby się wymigać od służby, mimo że wziął stypendium od Ministerstwa Obrony Narodowej.

Składam więc pewną propozycję, Panie Ministrze. W Łodzi jest wydział wojskowo-lekarski, na którym jest sześćset godzin szkolenia wojskowego. Ministerstwo Obrony Narodowej nie poniosłoby żadnych kosztów, gdyby młodego człowieka na pierwszym roku od razu ubrać w mundur. Obok, za siatką, jest centrum szkolenia medycznego. I ten młody człowiek czułby się związany z wojskiem, tak jak oni wszyscy się czują, znają wzajemnie, ja ich znam, oni mnie znają. Wybranie natomiast jakiegoś cywila ze Szczecina i ubranie go w dwudziestym szóstym roku życia w mundur nie da rozwiązania, będzie podobnie, jak dotychczas. Pan generał już powiedział, że żołnierz ze Szczecina mógł sobie wybrać lekarza w Przemyślu. Przecież to nonsens. Wojskowa służba zdrowia na całym świecie jest państwowa, państwo płaci, państwo żąda, państwo wymaga i wtedy nie ma problemów, jakie tutaj powstały.

Jeśli chodzi o kwestię zlikwidowania niektórych szpitali, kolega z Poznania stwierdził, że to musi być jasno powiedziane: na przykład, że likwidujemy was w ciągu pięciu czy w ciągu dziesięciu lat, bo nie jesteście wojsku w tej chwili potrzebni. I wtedy sytuacja jest zrozumiała. Myślę, że jeżeli nie wrócimy do takiej sytuacji, w której państwo płaci żołnierzom, jeżeli nie wrócimy do odpowiedniego szkolenia przeddy-

plomowego i poddyplomowego, to przyszłość naszej wojskowej służby zdrowia będzie źle wyglądała. Dziękuję.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, konwent dziekanów, ale krótko, bo jeszcze musimy wysłuchać drugiej strony, dobrze?

**Przewodniczący Konwentu Dziekanów
Korpusu Oficerskiego Wojska Polskiego
Anatol Tichoniuk:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Dziękuję serdecznie za podjęcie tematu wojskowej służby zdrowia. Reprezentuję środowisko kadry zawodowej i odnoszę wrażenie – i to moje zdanie nie jest odosobnione – że osoba wojskowa, ze środowiska wojskowego, jest obecnie petentem, a jeśli chodzi o naszą wojskową służbę zdrowia, to w zasadzie tylko słowo „wojskowa” zostało, nic więcej.

Z całym szacunkiem się odnoszę do słów panów komendantów, do ich wysiłku w celu podłożenia tym zadaniom, które zostały na panów nałożone. Uważam jednak, że sprawa została zaprzepaszczona parę lat temu, kiedy zapomnieliśmy o odrębności wojskowej służby zdrowia.

Tak jak pan pułkownik wspaniale zauważył, to państwo powinno finansować wojskową służbę zdrowia, i wtedy ona będzie się nazywała wojskowa. Teraz jest tak, że nasze przychodnie, nasze szpitale praktycznie chyba nie do końca są przygotowane na przyjęcie całego społeczeństwa i dlatego wojskowy jest petentem. Wiele skarg otrzymujemy, proszę państwa, z powodu oczekiwania w kolejce na lekarza pierwszego kontaktu, dosłownie dniami trzeba czekać, żeby zostać przyjętym, do specjalisty – miesiącami. Problem opieki zdrowotnej jest bardzo nośny społecznie i my wszyscy, mundurowi, jesteśmy odbierani w taki sposób, na jaki nie do końca sobie zasłużyliśmy, a sędzę, że zwłaszcza panowie, którzy reprezentują wojskową służbę zdrowia, zasłużyli na szacunek i na to, ażeby całe środowisko odbierało ich pozytywnie.

Ja powiem tylko tak, bardzo krótko: chyba jesteśmy w jakimś ślepych zaułku i nie wiem, czy nie należałoby dokonać analizy możliwości zachowania czy przywrócenia odrębności wojskowej służby zdrowia finansowanej przez państwo. Teraz zabrnęliśmy w ślepy zaułek i praktycznie idziemy donikąd, powiem więcej – w większości państw należących do NATO ta odrębność jest zachowana. Ostatnio spotykaliśmy się z przedstawicielami państw NATO i był poruszany między innymi temat służby zdrowia. Okazuje się, że w części krajów – jest to może do przemyślenia – na przykład lekarze wojskowi mogą przyjmować w swoich gabinetach po godzinach pracy. Nasze gabinety stoją puste, dlatego że przepisy lekarzom na to nie pozwalają. Niemiecki lekarz czy holenderski pracuje po godzinach, nie szukając innego gabinetu, w innym miejscu miasta czy w innym mieście. U nas natomiast on musi szukać innego gabinetu, a z tego powodu jego zasadnicze zadanie jest często traktowane tak, a nie inaczej, bo on musi zdążyć, pokonując tłok w Warszawie, do drugiego gabinetu czy innego miasta,

podczas gdy na miejscu ma sprzęt, część środków może odprowadzać dla szpitala na ten sprzęt, szpital ma z tego korzyść, wojskowa służba i on również.

Nasi partnerzy traktują to jako podwyższanie kwalifikacji żołnierza zawodowego, zapewnienie mu miejsca pracy i źródło pieniędzy dla opieki zdrowotnej. Może tu nie jest dobre miejsce, żeby o tym mówić, ale jest przecież przedstawiciel „Głosu Weterana”. Ostatnio ukazał się tam artykuł, który państwu polecam, dotyczący tych spraw, jest również krótka informacja o sytuacji w ogóle w wojskowej służbie zdrowia, bo narzekania są powszechne. Na pewno są do przeorganizowania etaty w służbie zdrowia, bo teraz nie ma przecież etatów podporucznika. Nie wiem, jak to jest z powoływaniem, jest kwestia specjalizacji, bo są misje pokojowe. Przecież jest tak, że na misję musi wyjechać specjalista odpowiedniej klasy, który udziela pomocy również innym żołnierzom, innych nacji, często różnie ubezpieczonym, inaczej są ubezpieczeniu amerykańscy żołnierze, a inaczej angielscy, ponosi odpowiedzialność za to, jaką decyzję podejmie w czasie konkretnej interwencji. Spotykaliśmy się z takimi lekarzami i osobiście to potwierdzam.

Kwestia dokumentacji, dokumentowania leczenia. Czy nie możemy wrócić do wojskowych książeczek zdrowia? To jest powszechne życzenie emerytów, rencistów i kombatantów wojskowych. Ja jestem żołnierzem w służbie stałej i niebawem mnie również dotknie ten problem, podejrzewam, że nie będę mógł odtworzyć swojego stanu zdrowia sprzed lat, jako że wojskowe książeczki zdrowia już nie są honorowane. Co więcej, w różnych miejscach kraju lekarze domagają się od nas książeczki ubezpieczeniowej, a my takowej nie mamy, często żołnierz nie ma możliwości wykazania, że jemu należy się bezpłatna opieka zdrowotna.

I takich spraw można by przytoczyć więcej, skoro jednak pan przewodniczący prosił, żeby było krótko, na tym skończę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję bardzo.

Państwo Senatorowie, uwagi, które pan pułkownik przekazał, macie w formie pisemnej.

Szanowni Państwo, ja byłem na spotkaniu z lekarzami wojskowymi w Ełku. Zaproszono mnie tam i dostałem straszne cięgi, a można powiedzieć, że trochę chyba gasiłem pożar, bo oficerowie okazywali wielką złość za niepłacenie im za ich pracę. Oni powiedzieli, że szkoda im własnego zakładu pracy. Może pan pułkownik przedstawi tutaj to, co ja usłyszałem tam w Ełku, w takim telegraficznym skrócie, jakby się udało.

Mąż Zaufania w 108 Wojskowym Szpitalu w Ełku

Dariusz Zając:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Podpułkownik Dariusz Zając, jestem mężem zaufania kadry 108 Szpitala Wojskowego w Ełku oraz ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych.

Bodajże na przełomie lutego i marca czy na początku marca odbyło się spotkanie kadry zawodowej naszego szpitala z panem senatorem i generalnie rzecz biorąc, dyskusja była bardzo ożywiona. Przedstawiano wiele nurtujących nas problemów i myślę, że nie da się tego streścić w kilku słowach. Generalnie padały pytania o re-

strukturyzację zadłużenia naszego szpitala, podnoszono fakt, że brak decyzji przełożonych w tej kwestii powoduje, że ten dług narasta i nawet największe starania naszego komendanta czy nasza jak najlepsza praca, która będzie zmierzać do poprawienia sytuacji, nic tutaj nie pomogą.

Pytano, czy istnieje możliwość zagwarantowania przez MON spłaty zadłużenia wobec kadry zawodowej, wynikającego właśnie z niewypłacenia ustawowych należności za podwyżki uposażeń oraz z tytułu nagród rocznych i dyżurów. Odpowiedź na to pytanie już tu padła, tak więc ten punkt możemy uznać za wyczerpany.

Padają pytania, czy w krajach NATO istnieje praktyka uzależniania wypłacenia pensji żołnierzom zawodowym od wypracowanego przez nich dochodu, na przykład od działalności usługowej. Czy ze składek zdrowotnych obywateli powinny być opłacane przedsięwzięcia obronne MON, bo tak na dobrą sprawę w wielu szpitalach wojskowych, a właściwie we wszystkich, tak się dzieje. Nie będę tu wchodził w szczegóły. Czy w związku z obowiązkami związanymi z obronnością kraju istnieje możliwość wypłacania ze środków MON pensji oficerom lekarzom w szpitalach wojskowych? Padają również wprost pytania, czy wobec oficerów lekarzy SP ZOZ nie jest łamana ustawa o zawodowej służbie wojskowej. Na mocy jakiego aktu prawnego zniesiono zapis zawarty w ustawie o służbie żołnierzy zawodowych, że przeniesienie żołnierza do służby poza wojskiem może dotyczyć tylko i wyłącznie sfery budżetowej? Jeżeli powyższy fakt był spowodowany koniecznością poszanowania zasad konkurencji, to poprzez opłacanie uposażeń ze środków budżetowych kadry zawodowej... chodziło o to, że szpitale wojskowe miałyby lepszą sytuację finansową. Dlaczego komendantom szpitali minister obrony narodowej narzuca wysokość uposażeń i dodatków dla kadry? Czy nie zmniejsza to naszej konkurencyjności w stosunku do szpitali cywilnych?

Były też kolejne pytania. Dlaczego zgodnie z tymi samymi przepisami o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych istnieją dwie grupy żołnierzy zawodowych: jedna grupa otrzymuje uposażenie określone według aktów normatywnych, zatwierdzonych przez ministra obrony narodowej, i ona jest opłacana ze środków budżetowych, które są wypłacane terminowo; druga grupa otrzymuje uposażenie określone jak wyżej, ale wypracowane na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a wiadomo, że te środki z reguły są niewystarczające.

I wreszcie było pytanie, dlaczego kadra kierownicza wojskowych zakładów leczniczych, która jest wykształcona w referencyjnych placówkach resortowych i nierzadko dysponuje wysokimi kwalifikacjami medycznymi, nie może podjąć legalnej działalności za wynagrodzeniem w pionach dyżurowych macierzystych zakładów leczniczych.

W bardzo takim ekspresowym tempie pozwoleń sobie przedstawić państwu pytania, które padły na tamtym spotkaniu.

Wnioski. Moja osobista refleksja jest taka. Tutaj mówimy o stronie tak zwanej budżetowej, menadżerskiej, jeżeli chodzi o zarządzanie szpitalami, natomiast bardzo ważnym czynnikiem, co zresztą podkreślał pan profesor Brocki, jest po prostu kadra, którą wyszkoliliśmy niemałym trudem, wysiłkiem finansowym MON, a proces pozyskiwania lekarza specjalisty jest bardzo żmudny, długotrwały i kosztowny. Na dzień dzisiejszy znaczne grono naszych kolegów specjalistów opuściło nasze szeregi i zasiłowało placówki konkurencyjne w mieście, w okolicznych miastach, zajmując często stanowiska kierownicze. Właśnie dzięki ich kwalifikacjom są podpisywane umowy z Narodowym Funduszem

Zdrowia. Z tego powodu, że nasza sytuacja jest, jaka jest, po prostu zasilamy de facto konkurencję, mimo że koszty ponieśliśmy my, głównie wojsko je poniosło.

Nie chciałbym nadużywać czasu, ale poruszę jeszcze kwestię Iraku, która tutaj była podnoszona. Padło stwierdzenie, że lekarze nie chcą wyjeżdżać do Iraku. Tak jest, ale trzeba zadać pytanie, co leży u podstaw ich decyzji. U podstaw leży wiele spraw. Na przykład, gdyby oddział, którym kieruję, oddelegował lekarza specjalistę na misję, automatycznie straciłby zdolność wykonywania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, co przekłada się na braki w finansach, a więc byłby zagrożony byt naszego szpitala. To dotyczy nie tylko nas, taka sytuacja jest również w innych szpitalach.

(Głos z sali: Finansowo traci.)

Dokładnie tak. My musimy walczyć o utrzymanie się na powierzchni. To nie jest tak, że możemy kogoś oddelegować...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Rozumiem, warto by się zainteresować, dlaczego lekarze bułgarscy wyjeżdżają i tam nie ma problemów. Być może mają lepsze rozwiązania, warto by się tym zainteresować.

Jeszcze ostatnie zdanie, dotyczące bardzo trafnego spostrzeżenia pana pułkownika, a mianowicie, że kadra zawodowa czy przedstawiciele kadry zawodowej są pentami w wojskowych placówkach służby zdrowia. Po prostu żołnierz zawodowy jest obecnie w szpitalu wojskowym SP ZOZ takim samym pacjentem jak ktoś, kto nigdy nie miał nic wspólnego z wojskiem, jest ubezpieczony, dotyczą go dosłownie takie same limity. Jeżeli do poradni specjalistycznej zgłosi się oficer służby czynnej, chcąc zasięgnąć porady, musi normalnie czekać w kolejce i nic na to nie poradzimy, nawet jeżeli lekarz specjalista zgodzi się pracować za darmo, bo to nadal generuje koszty, które niestety musi ktoś ponieść.

(Głos z sali: Jedno słowo. Jak pan komendant wspomniał, może chociaż te godziny...)

Jeszcze ostatnie zdanie, Panie Senatorze, jeżeli pan pozwoli, przepraszam najmocniej, dotyczące naszej, że tak powiem w cudzysłowie, kontrybucji na rzecz Iraku. Nasz kolega kapitan Zbyszek Plak uczestniczył w tejże misji i być może powie ze dwa słowa na ten temat.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dokładnie tak, nie powrócił do pracy, życzę mu, żeby jak najszybciej jednak wrócił, bo myślę, że już mu doskwiera ta bezczynność w sensie zawodowym. Zespół ortopedów został przez to poważnie, że tak powiem, uszczuplony i jego zdolności do świadczenia usług również.

Chciałbym podziękować za uwagę i przeprosić za troszeczkę za długie wystąpienie.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Pan kapitan chciałby coś dodać?

Asystent w 108 Wojskowym Szpitalu w Elku

Zbigniew Plak:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Proszą państwa, jest tu mój komendant, jest ordynator oddziału, jest ordynator oddziału wewnętrznego i jestem ja, zwykły lekarz odcinka. Pracuję w poradni, przy-

muje niekiedy sześćdziesięciu pacjentów, wykonuję tę pracę i widzę tak naprawdę jeden problem. Na tysiąc dziewięciuset lekarzy wojskowych, bo o takiej liczbie ludzi mówimy, około ośmiuset pracuje w jednostkach, oni mają finansowe zabezpieczenie ze strony ministra, z wszystkimi dodatkami, ze wszystkim. Pozostaje więc problem około tysiąca osób. Gdyby oni, czyli lekarze pracujący w SP ZOZ, jestem jednym z nich, otrzymywali należności od ministra obrony narodowej, całą resztę, jeśli chodzi o pieniądze za dyżury, byśmy wypracowywali.

Nie wierzę w to, że jest jakiś lekarz, który robiłby coś na niekorzyść swojego miejsca pracy. To jest kwestia tysiąca lekarzy wojskowych pracujących w szpitalach. W 1999 r. wyszliśmy poza nawias Ministerstwa Obrony Narodowej, ja mam, mój komendant ma, a przez to, idąc dalej, ministerstwo 50 tysięcy zł długu, nie mogę zaplanować własnego życia rodzinnego, czy zrobić czegoś w tym kierunku, bo mogę nie dostać pensji. Okazuje się, że pensję otrzymuję, ale od pięciu lat nie dostaję należności za dyżury.

Panowie, to jest olbrzymia degradacja nas wszystkich. Z tego powodu my uciekamy w dodatkową pracę, a co za tym idzie – zostaje uszczuplona kadra w naszym podstawowym miejscu pracy, my się rozmywamy w tym wszystkim, nie mamy finansowego podparcia, wynikającego z tego, że jesteśmy oficerami i służymy dla kraju.

Teraz Irak. Dlaczego jestem jedynym ochotnikiem, który pojechał do Iraku? Rozmawiałem z wszystkimi lekarzami, którzy tam byli, każdy z nas się boi, im bardziej inteligentny człowiek i z większą wyobraźnią, tym bardziej się boi tamtych warunków, bo tam jest prawdziwa wojna. Ja się wcale nie dziwię tym ludziom, to jest ich bierny bunt wobec tego, że zostaliśmy zapomniani pięć lat temu, sprzedani do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nie mam nic przeciwko tym, którzy odeszli do cywila, a odeszło ponad dwustu lekarzy w moim wieku, pracują w innych szpitalach, gdzie mają pewność, że dostaną pieniądze za dyżury, za te piętnaście dni w miesiącu spędzonych w szpitalu, żeby żyć, żeby utrzymać rodzinę. Już nie mówię o stawkach, bo jeżeli chodzi o lekarzy amerykańskich, w szpitalu w Bagdadzie 85% stanowią lekarze kontraktowi, którzy dostają uposażenie od kapitana w górę. My naprawdę możemy się cieszyć, że mamy lekarzy wojskowych.

Jeżeli chodzi o specjalistykę, szpital w Karbali, poza tym, że miał mankamenty związane z klimatyzacją, w trzystopniowej skali ocen dostał dwa z plusem. Był u nas dowódca drugiej brygady medycznej amerykańskiej pułkownik Bitty i zastanawiał się, jak to możliwe, że wszystko robi trzech ludzi. Tam jest tak zwana szpica chirurgiczna, to znaczy nie ma takich problemów, jak schorzenia psychiczne, zatrucia czy zakażenia, tam są rany postrzałowe, one stanowią 90% wszystkich urazów i wytrażeń. Tak więc tam było nas tylko trzech, na pięć etatów, do krojenia, jak ja mówię.

A jeżeli chodzi o pieniądze, to Bułgarzy, którzy rzeczywiście nas tam wspomagają, zwłaszcza anestezjologowie, chociaż nie było żadnego chirurga, za to było dwóch ginekologów, to też jest znamienne, otrzymywali za swój kontrakt 4 tysiące euro. Amerykanin z podobnym stażem, dziesięcioletnim, Panie Profesorze, który był tam ortopedą, czyli do jego zadań należało zakładanie tych zespołów zewnętrznych po ranach postrzałowych, za swój kontrakt otrzymał 16 tysięcy dolarów. Ale to są Amerykanie, chociaż oni też mają olbrzymie braki kadrowe. Widziałem siedemdziesięcioletniego neurochirurga amerykańskiego, który tam przyleciał, bo nie było innego chętnego. Rozmawiałem z nim w bibliotece. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję.

Panie Prezesie, duże ukłony były w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia, myślę, że teraz chętnie wysłuchamy pana prezesa, szczególnie o tych różnicach w kontraktach, bo to jest uderzające. Jak to jest, że szpital z mniejszymi możliwościami dostaje dużo większy kontrakt niż inny szpital na podobnym poziomie referencyjnym. Chyba Narodowy Fundusz Zdrowia nie kocha wojskowych szpitali, takie odnoszę wrażenie.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
do spraw Służb Mundurowych**

Marek Lejk:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie Generale!

Nazywam się Marek Lejk, jestem zastępcą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw służb mundurowych od 25 marca 2004 r.

Przede wszystkim, chciałbym podkreślić, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, tak często tutaj przywoływany, nie jest adresatem większości problemów, o których państwo mówili. Adresatem tych problemów są inne instytucje państwa i tylko z pozoru wydaje się, że to Narodowy Fundusz Zdrowia ma kogoś zbawić albo jest przyczyną czyjejś kłębki. Pan kapitan był uprzejmy tu powiedzieć, iż ten problem trwa od pięciu lat, a pięć lat temu nie było Narodowego Funduszu Zdrowia, jak państwo wiedzą, i nie on podejmował decyzje przekształcenia systemu opieki zdrowotnej, w sensie systemu finansowania, z systemu budżetowego na system kas chorych.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest płatnikiem, ma wydzielony pion mundurowy w całej Polsce, ten pion mundurowy ma swoich reprezentantów w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, pracują tam zastępcy dyrektorów oddziałów wojewódzkich do spraw mundurowych oraz wydziały do spraw służb mundurowych, kierowane przez naczelników. W dużej większości są to oficerowie rezerwy, którzy prowadzili kiedyś zakłady opieki zdrowotnej bądź też stykali się z zarządzaniem służbą zdrowia w wojsku. Jako jedyni kompetencje mamy zapisane w ustawie, w przeciwieństwie do innych zastępców. Zgodnie z tymi zapisami dla nas są wydzielane duże środki finansowe, większe niż dla obszaru cywilnego, o czym wszyscy wiedzą, stawki są wyższe niż dla szpitali cywilnych.

Przyrosty w skali wielu lat są znaczące, będę się starał przybliżyć państwu te liczby. Zakontraktowaliśmy świadczenia zdrowotne dla całego kraju na kwotę 1 miliard 170 milionów zł, dla zakładów wojskowych kontrakty są na ponad 702 miliony zł, dla Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji one są na poziomie 465 milionów zł. Jest to, oczywiście, zawsze zbyt mało, bo system opieki zdrowotnej w każdym kraju ma to do siebie, że nie może sprostać potrzebom zdrowotnym i oczekiwaniom ubezpieczonych czy też pacjentów. I nie ma na świecie państwa, które może zaspokoić wszystkie potrzeby zdrowotne, pojawiające się wraz z rozwojem medycyny, wraz ze starzeniem się społeczeństwa, takiego systemu po prostu nie ma, żadnego państwa na to nie stać, nawet najbogatszego. Jeśli jednak popatrzymy na nakłady na jednego mieszkańca we wspomnianym tutaj najbogatszym państwie, które wynoszą 4 tysiące 500 dolarów rocznie, to dojdziemy do wniosku, że przy naszych kilkuset dolarach rocznie możemy porównywać się z innymi krajami, jeśli chodzi o efekty medyczne.

Chciałbym również powiedzieć, iż pewne elementy związane z finansowaniem wojskowych, i nie tylko wojskowych, placówek oczywiście zostały tu wymienione. Wiemy, że musimy bardzo mocno pracować nad tym, aby uzyskiwać środki finansowe w funduszu, jeśli chcemy mówić o znaczącej roli szpitali wojskowych w naszym kraju. Dzisiaj dowiedzieliśmy się, że tych szpitali jest za dużo; szczerze mówiąc, jestem tym bardzo zaniepokojony, a ponieważ będę kontraktował świadczenia zdrowotne i walczył o środki finansowe dla wojskowych zakładów służby zdrowia, chciałbym mieć jasność, jaki jest cel restrukturyzacji i jak ona będzie wyglądała z punktu widzenia moich koleżanek i kolegów lekarzy i pielęgniarek, pracujących w tych szpitalach oraz z punktu widzenia moich obywateli, które mam zapisane ustawowo. Byłyby to bardzo interesujące dane, bo ja uważam, że zasoby wojskowej służby zdrowia nie muszą być redukowane, według moich ocen, ta służba zdrowia jest bardzo dobra, jeśli chodzi o poziom jakości usług.

Na podstawie doświadczeń z poprzedniego miejsca pracy uważam, i przyłączam się do wyrażonej tu opinii, że oddanie w obszar cywilny zakładów, które kiedyś były zakładami kolejowej służby zdrowia, spowodowało ich kompletną ruinę. Trzeba bardzo rozważnie podchodzić do problemu zasobów, które były tworzone latami. Być może trzeba przekształcać te zakłady w inną formę zakładów opieki zdrowotnej, być może trzeba je łączyć, być może trzeba łączyć zarządzanie nimi, być może trzeba tak zrobić, żeby te zakłady się uzupełniały. Przede wszystkim, chciałbym zasygnalizować, że w pionie mundurowym funduszu my twierdzimy, że te zakłady, tych dwadzieścia szpitali, tych pięć szpitali sanatoryjnych oraz trzydzieści jeden WSPL to są placówki potrzebne w systemie opieki zdrowotnej.

Wszyscy państwo doskonale wiedzą, że w Polsce jest system ubezpieczenia zdrowotnego i tak naprawdę około 15%–20% potencjału zasobów, które są obecnie w strukturze zarządu Wojska Polskiego, powinno zaspokoić potrzeby zdrowotne osób wymienionych w ustawie. Pozostałe przychody zakładów ubezpieczeń biorą się stąd, iż zgłaszają się do nich ci, którzy nigdy nie byli w wojsku bądź też są emerytami wojskowymi, a emeryci wojskowi nie podlegają w pionie mundurowym pod zadania, które wynikają z ustawy. Niestety nie ma takiego zapisu, który by mówił, że emeryt wojskowy należy do populacji, dla której jest przewidziany system wojskowej służby zdrowia, tak dzieje się również w MSWiA. Tak więc ci, którzy najbardziej potrzebują opieki zdrowotnej, którzy kiedyś pełnili służbę i odeszli do rezerwy, a teraz mają większe potrzeby zdrowotne, tak naprawdę nie trafiają do swoich szpitali. A przecież, kiedy byli młodzi i zdrowi, kiedy służyli w wojsku jako oficerowie, nie potrzebowali pełnego zakresu opieki zdrowotnej. W zdecydowanej większości wypadków żołnierz jest zdrowy i właśnie dlatego pełni służbę wojskową, a dopiero gdy przejdzie do rezerwy, odzywają się u niego wszystkie dolegliwości, związane z niedostatkami tej służby, ze stresem, z warunkami pełnienia służby itd., itd. I to jest niedostatek, niestety, zapisów ustawowych.

Chciałbym bardzo podziękować za wystąpienia kolegów dyrektorów szpitali. Przedstawiciel 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie podkreślił, że otrzymał kontrakt większy o 6% w stosunku do poprzedniego roku i że bardzo za to dziękuje. Wiadomo, że 7 Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie ma duże kłopoty finansowe, ale podkreśla, że otrzymał 6% więcej środków finansowych. Z niczego to się nie wzięło.

Kolejki żołnierzy zawodowych. Pan komandor był uprzejmy o tym powiedzieć. Oczywiście są kolejki zarówno do szpitali, jak i do sanatoriów, są zapisy i to jest bardzo trudne do pokonania. Mam nadzieję, że rozwiązywanie całego kompleksu proble-

mów, o których tutaj państwo mówili, obejmie również tę kwestię dostępności do świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez zakłady resortowe dla emerytów i rencistów Wojska Polskiego oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Co do 108 Wojskowego Szpitala w Ełku, chciałbym państwu powiedzieć, iż pan pułkownik starannie podkreślił, zgodnie z prawdą, że jest dyrektorem tego szpitala od niedawna. Otóż obecnie kontrakt opiewa na 12 milionów 800 tysięcy zł, prawie 900 tysięcy zł. Dla porównania powiem jak wyglądał kontrakt zawierany w 2002 r. na 2003 r. Oto z branżowej kasy chorych otrzymał pan pułkownik w 2002 r. kontrakt na 2003 r. w wysokości 5 milionów 400 tysięcy zł, z kasy regionalnej otrzymał pan kontrakt w wysokości 4 miliony 400 tysięcy zł. Tak więc na rok 2003 otrzymał pan pułkownik kontrakt w wysokości 9 milionów 800 tysięcy zł, a w tym roku – 12 milionów 800 tysięcy zł. Tak więc w ciągu tych trzech lat nakłady na ten szpital zwiększyły się o 30%. Nie wydaje mi się, żeby fundusz zaniedbywał swoje obowiązki, a szczególnie pion mundurowy, nie wydaje mi się również, aby nie było warte podkreślenia, iż pan pułkownik otrzymał w tym roku kontrakt wyższy o 10,38%. Być może oczekiwania są większe, ale staramy się załatwić dla szpitali tyle pieniędzy, ile można.

Pan pułkownik był uprzejmy powiedzieć, że jakaś placówka otrzymała 146%. Oczywiście chciałbym wiedzieć, która placówka w obszarze cywilnym otrzymała 146% i czy to nie jest tak, że mały kontrakt, który miała dotychczas, powiększony o kilkadziesiąt tysięcy złotych spowodował wzrost całego kontraktu o 46%. Bo jeśli ktoś miał dotychczas kontrakt na 100 tysięcy zł i otrzymał większy o 50 tysięcy zł, to on mówi, że dostał 150% kontraktu, ale jeśli ktoś miał kontrakt wart 100 milionów zł i dostał, na przykład, tylko 5%, to łatwo policzyć, że w liczbach bezwzględnych otrzymał więcej. Chciałbym to wyjaśnić, ale może już nie na tym posiedzeniu.

W każdym razie kontrakt dla Ełku, dla 108 szpitala wynosi 110,4% i oczywiście jest tu bardzo delikatny problem. W Ełku bowiem są dwa szpitale i one walczą ze sobą. Kadra odchodzi do innych szpitali z różnych powodów, widocznie jakieś warunki są tworzone, że ta kadra odchodzi. Trzeba się nad tym zastanowić, bo jest rynek świadczeń, którego moim zdaniem nie powinno być, 108 Wojskowy Szpital w Ełku ma zadania, o których nie muszą wiedzieć ci, którzy przydzielają środki finansowe. Być może jest zbyt mało rozwiązań dla takich jednostek, być może one powinny być w znaczący sposób finansowane z budżetu, tak aby nie było tych kłopotów, o których tutaj państwo mówicie.

Co do nadwykonań, chciałbym powiedzieć, że będąc na odprawie służbowej w Krynicy, podkreślaliśmy, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie płacił za nadwykonania, chyba że one będą związane z ratowaniem życia. Mówię to z całą szczerością. W zeszłym roku, jak państwo wiedzą, Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiązywał rezerwy, które miał w centrali, a poza tym przychód był większy niż założony w planie finansowym na 2004 r. W związku z tym rozwiązywano te rezerwy i przekazywano przychody powyżej planu finansowego do oddziałów, a co za tym idzie – do zakładów opieki zdrowotnej. W 2005 r. Narodowy Fundusz Zdrowia nie miał przychodów powyżej planu finansowego. Moja uczciwość nakazuje ostrzegać przed wystąpieniem wynikających z tego problemów i czyniłem to w obecności pana generała Kondrackiego, bo chciałem być w zgodzie z własnym sumieniem, mówiłem państwu o tym. Oczywiście jestem lekarzem i rozumiem, co to znaczy przywiezienie pacjenta do izby przyjęć i niemożność zapewnienia mu innej opieki niż tylko w trybie szpitalnym.

Ja również uważam, że kolejki oczekujących na leczenie planowe niestety się wydłużają ze względu na większy wypływ środków na leczenie ostrych przypadków. Zapisy kolejkowe są bardzo nieprecyzyjne, ale w Kudowie Zdroju przekazaliśmy informację, jakie są kolejki oczekujących do wojskowych zakładów opieki zdrowotnej. Pan generał Kondracki widział te statystyki, kolejki są zerowe, chyba że są one nieumiejętnie pokazywane. Jeśli chodzi o kontrakty, za pierwszy kwartał, na dzień 31 marca one są wykonane na poziomie 23–24%, rzadko zakład przekracza 25% kontraktu. Być może jest to związane z problemem nierównomiernego przyjmowania pacjentów, na co wpływ mają różne czynniki, na przykład pory roku. Mam nadzieję, że na koniec roku 2005 zakłady opieki zdrowotnej, podlegające zarządowi Wojska Polskiego, zrealizują kontrakty 2005 r. w 100%. Mam nadzieję, że to będzie bez wprowadzania współczynnika 1,2, zwiększającego cenę punktu, że potrzeby zdrowotne będą zaspokojone.

W tym roku mają państwo jako zarządzający zakładami opieki zdrowotnej możliwość zarządzania kontraktami i przesuwania środków: w granicach 30% pomiędzy rodzajami świadczeń i 40% pomiędzy zakresami świadczeń. Oczywiście tam, gdzie kontrakt jest podpisany wadliwie, to znaczy do danego świadczenia czy zakresu świadczeń jest mniej pacjentów, po uzgodnieniu z płatnikiem można przesunąć środki na te świadczenia, które są bardziej potrzebne.

Chciałbym również powiedzieć, iż zysk netto w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej w wysokości 40–50% z niektórych procedur, o czym tutaj wspomniano, jest według mnie nie do zaakceptowania. Oznacza to bowiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia przeszacował koszt tego świadczenia o 40%, tak to rozumiem, ale być może źle to zrozumiałem.

Co do 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, mogę powiedzieć, że jest on przedmiotem naszej szczególnej troski. Rzeczywiście, on ma bardzo duże obciążenia i staramy się zwiększać kontrakty adekwatnie do naszych możliwości finansowych.

Nie chciałbym rozpoczynać tego wątku, że wszędzie w Polsce świadczenie zdrowotne ma być jednakowo płatne, z czym ja się osobiście nie zgadzam, możemy natomiast mówić o ujednoliconej kwalifikacji punktowej danej procedury, ona w całej Polsce jest jednakowa. Niestety jest tak, że wszystkie kontrakty podlegają negocjacji, negocjuje się je w oddziale wojewódzkim i dlatego są różnice w wycenie punktowej. To oddział wojewódzki kontraktuje świadczenie zdrowotne, a nie centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, która nie ma żadnych rezerw, co chciałbym tu podkreślić. Ustalony plan finansowy na 2005 r. zakłada, że centrala nie ma żadnych rezerw finansowych, lecz tylko środki finansowe jako rezerwę ustawową, żadnych innych rezerw nie ma.

Myślę więc, że poruszone przez pana pułkownika sprawy dotyczące promes i migracji są związane z ustawą, która mówi, że jest jeden Narodowy Fundusz Zdrowia, że pacjent może się zarejestrować w dowolnym zakładzie opieki zdrowotnej i że nie ma żadnej migracji i promes w tym znaczeniu. Migracja jest skrzętnie obserwowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia dzięki systemowi informatycznemu i my mamy informacje, jak ona przebiega, w którą stronę i kto, komu i za co ma zapłacić. Okazuje się, proszę państwa, że te problemy dotyczące migracji i ponoszonych kosztów sprowadzają się do kilku, kilkunastu, a może kilkudziesięciu przypadków, które w sumie nie kosztują zbyt wiele. Rzecz jasna, że Mazowsze przyjmuje bardzo dużą część pacjentów z całej Polski, że Bydgoszcz przyjmuje dużą część, szczególnie w oddziałach paraplegii, chociaż wszystkie są tam oblegane. Bardzo duża część zakładów, które

znajdują się w pionie resortowym w całej Polsce, nie ma jednak tego problemu. Wrocław ma taki problem, WIM ma taki problem, Bydgoszcz, ale bardzo duża część tego problemu nie ma. Ludność migrująca nie napływa, ponieważ ludność migrująca jest związana z ośrodkami i jeśli pacjent chce pojechać do danego ośrodka, to sobie jedzie.

Nie przyniosłem akurat tych materiałów, ale ten problem migracji został zaanonsowany przez ministra zdrowia, który ustalił algorytm podziału środków na oddziały. Między innymi, pokazał jak ten algorytm, czyli wzór, działa w zakresie migracji i będzie on przedmiotem dyskusji oraz oceny parlamentarzystów, jak myślę. Będzie można odnieść się do tego, jak migracja jest zapisana w tym wzorze dla poszczególnych województw.

Pan pułkownik Wiśniewski był uprzejmy powiedzieć o kontraktach otwartych. Proszę państwa, nie ma takiego systemu na świecie, który by utrzymywał kontrakty otwarte, bo kontrakty otwarte to jest tak zwane wyfakturowanie do granic możliwości danego zakładu, danej procedury, a niestety, w większości wypadków musi być tak, iż leczenie jest adekwatne do nakładów na opiekę zdrowotną. Nakłady te nie są domeną Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia kumuluje składkę przesyłaną przez ZUS i zarządza tymi środkami, naszymi składkami, a więc nie zwiększa źródeł przychodu, nie zwiększa możliwości ściągania składek itd., itd. Kontrakt otwarty został w tym roku ustanowiony tylko w tych obszarach, w których można z dużym prawdopodobieństwem założyć liczbę zdarzeń. Jeśli natomiast nie można założyć liczby zdarzeń, a w ustawach mamy zapisane, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zarządza środkami i koszty muszą pokrywać przychody, nie możemy tworzyć systemów otwartych, ponieważ nie będzie to zgodne z zapisami ustawowymi.

Pan dyrektor 111 Wojskowego Szpitala w Poznaniu był uprzejmy powiedzieć, że nie ma zobowiązań... Aha, chciałbym podkreślić, że 10 Szpital Wojskowy w Bydgoszczy otrzymał kontrakt w wysokości 105,1% w stosunku do roku poprzedniego. Wydaje mi się, że uczciwie żeśmy się starali to załatwić.

111 Wojskowy Szpital w Poznaniu otrzymał kontrakt w wysokości 103,1% w stosunku do zeszłego roku. Pan dyrektor był uprzejmy stwierdzić, iż nie ma zobowiązań, co mnie niezwykle cieszy, i że zaciąga kredyty, co oznacza, że ma stabilizację finansową. Jeżeli pan generał Kondracki wyraził na to zgodę, to znaczy, że on również ocenia, że ten zakład ma stabilizację finansową i jest w stanie spłacić kredyt. Spłata nastąpi z zakontraktowanych środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystkie zakłady wojskowe mają kontrakty wieloletnie, co daje im stabilizację finansową. Ja tak zrozumiałem tę wypowiedź.

Co do kategoryzacji szpitali, w 2004 r. jeszcze jako zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia podjęliśmy uchwałę, która mówi o tym, iż kategoryzacja w pionie mundurowym jest wykonywana przez konsultantów resortowych, a nie cywilnych, po to, aby nie było żadnych nieadekwatnych i subiektywnych ocen zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest minister obrony narodowej. I dlatego, jeżeli konsultant krajowy z tego się nie wywiązuje, proszę o interwencję w organie założycielskim. Ta kategoryzacja, która była sporządzona w 2003 r., tak naprawdę wyłączała bardzo dużą część oddziałów szpitalnych jednostek wojskowych i my, przeciwdziałając temu, podjęliśmy uchwałę, żeby placówki wojskowe oceniali konsultanci wojskowi, a nie cywilni, którzy według nas, mieli dużą skłonność do oceny subiektywnej, jak informowali nas dyrektorzy.

Co do zmiany zasad kontraktowania, ja oczywiście przyznaję rację, jest tak, jak pan pułkownik był uprzejmy powiedzieć. Jest to również jakaś zaszczość historyczna, jeśli chodzi o te oddziały. Kiedyś podobno, kiedy zaczynał działalność Narodowy Fundusz Zdrowia, były projekty, żeby oddział nie mógł liczyć mniej niż ileś tam łóżek, a stwierdzono, że mała liczba łóżek w oddziałach często się zdarza w zasobach wojskowej służby zdrowia. W związku z tym, żeby nie likwidować tych oddziałów, po prostu potworzono pododdziały. Przyszła następna ekipa i powiedziała, że muszą być oddziały i teraz trzeba to odkręcać. Ten poprzedni system był systemem ochronnym, chodziło o to, żeby uchronić przed utratą pracy ludzi, którzy tam pracują i dobrze wykonują swoje zadania.

Panie Pułkowniku, szpitalny oddział ratunkowy, z całym szacunkiem, oczywiście, być może kosztuje na dobę 8 tysięcy 600 zł, chociaż może być tak, że się nikt do niego nie zgłosi, bo to jest płacone za osobodzień ryczałtem. Jeżeli państwo tak wyliczyli, to nie mam prawa dyskutować, ale Narodowy Fundusz Zdrowia ma takie środki, jakie ma i w różnych województwach koledzy dyżurują za różną stawkę za osobodzień. Niestety fundusz może operować tylko taką stawką graniczną, gdy chodzi o maksymalne kontraktowanie. Ta kwota 8 tysięcy 600 zł przewijała się w Poznaniu już w zeszłym roku, to nie jest nowość. Nie można chyba liczyć na nią w tym roku, chociaż nie wiem, ale myślę, że nie można, bo nie może być takiego skoku finansowego z 3 tysięcy 500 zł na 8 tysięcy 600 zł, czyli o 5 tysięcy zł więcej za jeden dzień. Wydaje mi się, że to jest całkowicie nierealne, tak myślę, ale musiałem to powiedzieć.

Pan profesor Brocki był uprzejmy powiedzieć, że wojskowa kasa chorych powinna być siedemnastym oddziałem funduszu. To by nic nie zmieniło i czy byłoby siedemnaście, osiemnaście, czy ileś oddziałów, to nie miałyby żadnego znaczenia, ponieważ nikt nie ubezpiecza się w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, oddział nie gromadzi składek populacji zamieszkałej na danym terenie, lecz otrzymuje środki według algorytmu, tak jak już tutaj powiedzieliśmy, dostaje środki rozdzielone w centrali.

Co do powstania innego funduszu, ja myślę, że gdyby powstał fundusz, tak jak kiedyś planowano, który by gromadził na przykład wszystkie środki finansowe, jakie w tej chwili są pożytkowane dla naszych zasobów służb mundurowych oraz gdyby nadać mu kompetencje finansowania opieki długoterminowej, wtedy miałyby to sens, można by stworzyć taki fundusz. Według obliczeń, powinien on mieć 2–3 miliardy zł przychodu, tak jak miała branżowa kasa chorych, i wtedy on mógłby zarządzać majątkiem. Na początku powiedziałem, że my przekazujemy 1 miliard 170 milionów zł, co nie stanowi chyba podstawy do wprowadzenia osobnego funduszu, to jest zbyt mało środków, ale oczywiście warto o tym rozmawiać.

Chciałbym powiedzieć, że cicho mówimy o tym, że lekarze w jednostce wojskowej otrzymują żołd...

(Przewodniczący Wiesław Pietrzak: Uposażenie.)

Chciałbym utrzymać się w konwencji, którą zaproponował pan profesor. Oprócz tego chciałbym powiedzieć, że lekarze otrzymują całą stawkę kapitacyjną, którą cywilne placówki otrzymują bez uposażenia dodatkowego lekarzy. Otóż, jak widać, to rozwiązanie funkcjonuje, a więc może za jakiś czas ono mogłoby funkcjonować w szpitalach, które są tak mobilne, jak tutaj pan minister i pan generał byli uprzejmi powiedzieć, czy też są planowane jako szpitale mobilne. Nie wiem tego, wiem tylko, że są takie sytuacje w jednostkach wojskowych. My zawarliśmy sto czterdzieści siedem kontraktów, obsługujemy dwieście dwie jednostki wojskowe w naszym państwie. Od-

wiedząmy te jednostki, zobowiązaliśmy się wobec pana generała Kondrackiego, że w niedługim czasie odwiedzimy wszystkie jednostki wojskowe w Polsce, będziemy starali się to zrobić. Lekarze oficerowie służący w tych jednostkach mają określone problemy, ale one nie polegają na tym, że oni nie otrzymują pensji, kiedyś mieli problemy z korzystaniem z takich zasobów, jak gabinety stomatologiczne czy izby chorych z ambulatorium, dzisiaj te problemy zostały już rozwiązane.

Mam nadzieję, że w niedługim czasie państwo też uzyskają jakąś satysfakcję i jeżeli są problemy, które fundusz może usunąć, to je usuniemy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Dziękuję bardzo.

Panowie Senatorowie, widzę, że niektórych już wyciągnęło na inne posiedzenia, awizowali mi, że mają inne posiedzenia. Proszę bardzo, czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos?

Proszę bardzo, pan senator Grzegorz Niski. Prosiłbym o takie ściśnięcie swojej wypowiedzi, bo o 15.00 bezwzględnie zakończę posiedzenie.

Senator Grzegorz Niski:

W krótkich senatorskich słowach. Wiele rzeczy, wiele problemów zostało tu podniesionych, omówionych, my się z tymi problemami spotykamy, bywając w jednostkach wojskowych, bywając w terenie. Na niektóre chciałbym bardzo sygnalnie zwrócić uwagę.

Spotykam się z takim problemem, że w jednostkach wojskowych brakuje lekarzy. Ja nie opieram się na oficjalnych danych, według mojego rozeznania, w jednostkach wojskowych brakuje około dwustu lekarzy. Często spotykam się z takimi sytuacjami, że na trzy etaty jest tylko jeden lekarz. Być może wynika to z braku koncepcji polityki kadrowej, prowadzonej przez zarząd wojskowej służby zdrowia. Rozumiem, że wojsko na dzień dzisiejszy nie jest atrakcyjnym pracodawcą, o czym była tu mowa, pan kapitan o tym mówił, ale według moich informacji, na początku przyszłego roku może być krytyczna sytuacja, jeśli chodzi o kadrę służby zdrowia w jednostkach wojskowych.

Spotykam się również z takim problemem, sygnalizują mi go wyborcy, że Ministerstwo Obrony Narodowej nie ma koncepcji rozwoju lekarzy wojskowych. Uważam, że powinien być stworzony system finansowania kursów wymaganych do specjalizacji lekarzy, również lekarzy dentystów, powinien być utworzony system finansowania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a więc powinny się znaleźć na to środki, powinny być urlopy szkoleniowe.

Obawiam się, żeby po likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej nie powstał problem, że ciężko będzie pozyskać lekarzy, zwłaszcza do jednostek wojskowych. Ministerstwo Obrony Narodowej powinno mieć pewną koncepcję i stwarzać kadrze medycznej możliwości rozwoju, na przykład żołnierzom z jednostek wojskowych umożliwić robienie specjalizacji w szpitalach wojskowych, uposażenia natomiast i pozostałe należności ze stosunku służbowego powinny być finansowane ze środków budżetowych resortu obrony narodowej.

Kończąc, chciałbym podnieść jeszcze kilka szczegółowych kwestii. Mianowicie kilka razy była tu mowa o tym, że armia z ponad czterystutysięcznej zmniejszyła się do

stu pięćdziesięcioletniej, ale w dalszym ciągu pojawiają się przypadki, że komisje poborowe, powoływane przez organy samorządowe, przyjmują żołnierzy z defektami zdrowotnymi. Później ci żołnierze, zamiast wywiązywać się z obowiązku konstytucyjnego, muszą korzystać z tej naszej niedoskonałej służby zdrowia, czyli właściwie nie pełnią służby wojskowej.

Czy nie należałoby rozpatrzyć takiej propozycji, żeby zmienić warunki weryfikacji również przy poborze do zasadniczej służby wojskowej, opierając się chociażby na wzorcach przyjmowania kandydatów do wojskowej służby zawodowej, czyli po prostu, żeby te komisje weryfikacyjne stosowały ostrzejsze kryteria.

Kolejny szczegółowy problem to jest opieka stomatologiczna, zwłaszcza wśród...

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Przepraszam bardzo, widzę, że to są w pewnym sensie wnioski, a my będziemy przyjmować stanowisko komisji na następnym posiedzeniu.

(Senator Grzegorz Niski: Rozumiem, prześlę to do protokołu.)

Bardzo proszę o przekazanie wniosków do Biura Legislacyjnego lub do naszego biura, bo widzę, że one są takie do spisania.

A teraz chciałbym, żeby pan minister jeszcze słowo powiedział, ponieważ przed piętnastą musi wyjść.

Panie Ministrze, proszę bardzo.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej
Janusz Zemke:**

Przepraszam, może powiem, dlaczego muszę wyjść, bo nie lubię takich sytuacji, ale jest tak, że mamy różne problemy. Ambasador Kuwejtu w Polsce poprosił o superpilne spotkanie, nie wiem, o co chodzi, on czeka u mnie, coś się musiało stać.

(Przewodniczący Wiesław Pietrzak: To jest bogate państwo, tak że...)

Nie, nie, my mamy tam żołnierzy i mamy tranzyt przez Kuwejt, jeżeli więc ambasador prosi o superpilne spotkanie i czeka na mnie, to znaczy, że coś się musiało stać.

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Panie Ministrze, ja chciałbym podziękować za to, że strona rządowa jest tutaj obecna – ja jeszcze nie podsumowuję, kieruję to do pana ministra – szkoda tylko, że nie dostaliśmy na piśmie informacji i tych danych liczbowych. Jeżeli można, to ja bym prosił, żeby coś takiego w przyszłości nam dać.

Jeśli natomiast chodzi o tę dzisiejszą dyskusję, Panie Ministrze, chciałbym podziękować organowi założycielskiemu za troskę o sprawy inwestycyjne, o wyposażenie szpitali i o to wszystko, co można dla nich zrobić. Uważam, że są bezwzględnie do załatwienia sprawy w trybie pilnym. Po pierwsze, trzeba uregulować zaległości w stosunku do kadry, bo to jest, przepraszam za wyrażenie, nawet wstydlivy problem, i dlatego cieszę się, że pan minister zapalił światło w tunelu, że ministerstwo myśli nad tym problemem, nad jego rozwiązaniem. I po drugie, chodzi o możliwość restrukturyzacji zadłużenia tych placówek wojskowych. Od kilku lat bardzo blisko obserwuję

szpital w Ełku. Personel, łącznie z komendantem, naprawdę dwoi się i troi, żeby wyjść na prostą, ale nie wyjdą z tego długu bez jakiejś sensownej pomocy, bez kredytu czy innej pomocy, żeby zrestrukturyzować to zadłużenie.

To są chyba dwie najważniejsze sprawy, które wymagają interwencji organu założycielskiego. Pan minister powiedział na początku, że to, co jest zgodne z prawem, może zrobić, ale reszty nie robi. Jeżeli trzeba zmienić prawo, proszę sygnalizować, jesteśmy od tego jako parlamentarzyści. Nam trudno jest coś wymyślić i między innymi po to jest to spotkanie. Bo żebyśmy mogli coś pomóc, trzeba nam to naświetlić.

Chciałbym w ogóle wszystkim podziękować za zabranie głosu, przepraszam, że nie każdy mógł się wypowiedzieć, ale teraz panu ministrowi chciałbym dać tyle czasu, ile będzie potrzebował.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej
Janusz Zemke:**

Przepraszam jeszcze raz, że nie mogę, niestety, zostać tutaj tyle czasu, ile bym chciał, ale wojsko ma to do siebie, że mamy różne problemy w kraju, czasami też poza Polską, a dzisiaj praktycznie jestem sam w Warszawie, nie mogłem przyjść tutaj z kolegą, który by mnie zastąpił w pewnej fazie.

Otóż chcę powiedzieć o kilku sprawach na kanwie tej dyskusji. Po pierwsze, nie chciałbym, żeby powstało wrażenie, że sytuacja w wojskowej służbie zdrowia się pogarsza. Uważam, że jest wręcz przeciwnie, w ostatnim czasie, wobec bardzo licznych problemów, które ma cała polska służba zdrowia, w tym także wojskowa, w wielu elementach udało nam się poprawić sytuację.

Przy okazji chciałbym tutaj bardzo podziękować za współpracę i życzliwość Narodowemu Funduszowi Zdrowia i panu prezesowi Lejkowi, bo ileś razy, także w sposób doraźny, telefonicznie, dzięki pana pomocy naprawdę część dramatycznych problemów porozwiązaliśmy. Tak więc udało nam się rozwiązać kilka spraw. Z punktu widzenia MON niekiedy priorytety są nieco inne niż te, które tutaj się dzisiaj zarysowały w dyskusjach. Chcę też powiedzieć, że często punkt widzenia, skądinąd trafny, komendanta czy dyrektora szpitala jednak nie jest tożsamy z najważniejszymi sprawami dla całego wojska.

Tak, udało się nam utrzymać pozycję służby zdrowia. Wojskowa służba zdrowia ma naprawdę znakomitą pozycję u pacjentów i to nas cieszy, ale jest też jedną z przyczyn kłopotów, bo ludzie garną się do naszych szpitali. Udało się zakończyć kilka inwestycji, symboli nieszczęść, ciągnących się latami: dwudziestoletnie inwestycje na Szaserów, dwudziestodwuletnią inwestycję w Ełku. Przyjąłem sobie takie założenie, że co roku będę chciał zakończyć jedno z takich nieszczęść. W tym roku chcemy zakończyć kolejne dwudziestoletnie nieszczęście, czyli budowę basenu w Ciechocinku, w wojskowym sanatorium, bo nie ma tam kafli i nie da się z tego korzystać, wszystko jest, tylko pływać się nie da.

Udało nam się więc zakończyć kilka takich, powiedziałbym, nieszczęść dwudziestoletnich. Nie do końca było to wszystko przemyślane, często płacimy wysoką cenę za decyzje sprzed lat dwudziestu, vide Ełk, w którym obok siebie powstały dwa szpitale. Trzeba zapytać, czy rzeczywiście Polskę stać na to, żeby, że tak powiem, na tym samym terenie, obok siebie budować dwa nowe szpitale. Po prostu płacimy cenę za brak właściwych decyzji i odwagi.

Czego nie udało nam się przewyciężyć do końca, jakie mamy priorytety? Otóż chcę z całą mocą stwierdzić, że zwiększamy i będziemy istotnie zwiększać w przyszłym roku środki MON na wojskową służbę zdrowia. Już mam przymiary budżetowe na przyszły rok i jeśli chodzi o pewne wydatki inwestycyjne, to przyrost będzie wynosił kilkaset procent. Tak?

(*Głos z sali:* Tak jest.)

Nie wiem czy 500%, czy 600%, teraz powiem, na co one będą. Otóż te środki przeznaczamy tylko na pewne cele i chcę to naprawdę wyraźnie stwierdzić, bo były takie głosy, że kilkadziesiąt milionów złotych będzie na zakupy sprzętu i każdy coś z tego będzie miał. Nie każdy i teraz powiem, na co będą te pieniądze, żeby to było jasne. Po pierwsze, będziemy mieli duże inwestycje – dwa szpitale operacji pokojowych, co chcę wyraźnie stwierdzić. Nie może być takiej sytuacji, jaka jest dzisiaj, że mamy tylko jeden szpital rozwinięty, który jest poza Polską i gdyby doszło do nieszczęścia w Polsce, to nie mamy dzisiaj drugiego takiego szpitala. Musimy mieć rozwinięte dwa szpitale operacji pokojowych. To są bardzo kosztowne inwestycje, tutaj są lekarze specjaliści, więc nie muszę więcej mówić na ten temat. I to jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Nastąpi koncentracja inwestycji w trzech szpitalach, co wynika z naszych zobowiązań zagranicznych i tych, które mamy w Polsce. Będzie też pewna pomoc w zakupie sprzętu dla pozostałych szpitali, ale to będzie miało nieco ograniczony zakres, nie taki, jaki byśmy chcieli.

Trzecia sprawa to lekarze. Otóż od przyszłego roku będziemy pozyskiwali lekarzy w taki sposób, że po trzecim roku studiów na cywilnych akademiach medycznych MON będzie fundował wysokie, jak się nam wydaje, stypendia. Przez trzy lata studiów będziemy płacili duże stypendia, zawierając stosowne umowy, które nam zapewnią, że lekarze podejmą służbę w wojsku.

Teraz czwarta sprawa, i to jest najpoważniejszy problem, która dotyczy statusu i finansowania żołnierzy zawodowych. Chodzi tu w gruncie rzeczy o grupę około 500–600 osób służących w SP ZOZ, bo nie mamy problemów w jednostkach wojskowych, nie mamy problemów w szpitalach operacji pokojowych, mamy je w tych obiektach. Ja powiem tak: jestem otwarty na to, żeby MON to finansował, bo to wydatek na poziomie 30–40 milionów zł rocznie. Powiedzmy sobie, że to możemy przełknąć, ale odpowiadając za budżet tego resortu, póki co, muszę stawiać pytania, na które chcę otrzymać odpowiedź, a pytania są następujące: jeżeli mamy finansować, mówię to warunkowo, uposażenie żołnierzy zawodowych, to zwracam uwagę, że mamy obok siebie dwa szpitale, wojskowy i cywilny, oba świadczą usługi, są na rynku usług, jeden pokrywa całość kosztów tych usług, a drugiemu płaci w znacznej części budżet. Płaciłby, gdyby przyjąć takie rozwiązanie. Muszę więc stawiać pytanie. Jeżeli MON przejęłoby, a mówię to warunkowo, finansowanie w stu procentach, co uzyska w zamian? Czy my będziemy finansowali lekarzy, którzy będą znakomicie leczyli cywilów, czyli ludzi, którzy nigdy nie mieli nic wspólnego z wojskiem, czy my mamy za to płacić? Ja bym oczekiwał, jeżeli ewentualnie to miałyby być finansowane z budżetu MON, stuprocentowej dyspozycyjności i leczenia wyłącznie kadry wojskowej. I wtedy, proszę bardzo, możemy za to płacić.

Chciałbym także rozwiać mit o jakiejś wyjątkowo złej sytuacji finansowej kadry wojskowej. Czasami wpadam z tego powodu w lekkie zakłopotanie, a więc pozwolę sobie podać pewne liczby. Lekarz po uczelni cywilnej otrzymuje pensję 1 tysiąc 500 zł,

podporucznik otrzymuje 3 tysiące zł, czyli dwa razy więcej – brutto, oczywiście, płaci od tego podatek – tak to jest i to nam wytykają w systemie cywilnym. Ja rozumiem, że lekarz chciałby zarabiać tyle, ile zarabia lekarz w armii amerykańskiej, a któż by nie chciał? Polski profesor czy żołnierz zawodowy też by chciał. Tak więc nie jest tak źle.

Jeśli chodzi o misje, to myśmy zrobili dla jedynej grupy wyjątek i lekarze na misjach są na etacie podpułkowników. Powiem szczerze, że czasami, kiedy jestem w tych naszych bazach, w szpitalach, to patrzę, że to dziwnie wygląda, kiedy chłopak dwudziestoosmio-, dwudziestodzieciolatek, który w kraju jest porucznikiem, na misji jest podpułkownikiem. Znam kilku takich, świetnych skądinąd chłopaków, młodych lekarzy ze szpitali. Traktujemy więc tę grupę w sposób uprzywilejowany.

Chciałbym podziękować za liczne, interesujące uwagi, które tutaj padły, ale mój punkt widzenia jest taki: nie chodzi o to, ile potrzeba pieniędzy, lecz o to, że ja muszę wiedzieć, co z tego będą miały siły zbrojne, a nie cały system służby zdrowia w Polsce.

(Głos z sali: Panie Przewodniczący, czy mogę jeszcze?)

Przewodniczący Wiesław Pietrzak:

Nie, już nie dopuszczę do dyskusji, dlatego że za dwie minuty na drugim piętrze rozpoczynam kolejne posiedzenie komisji na temat bezpieczeństwa ruchu drogowego, żeby nie zarabiała te oddziały ratunkowe. Teraz będę działał na waszą szkodę.

Szanowni Państwo, Biuro Legislacyjne reprezentuje pani, która siedzi przy tym stole, biuro komisji – pani, która siedzi przy tym stole, wnioski można kierować do tych pań, my je opracujemy i podejmiemy stanowisko komisji po dzisiejszym posiedzeniu. Wszystkie wnioski, które państwo przedstawiali w dyskusji, warte zapisania, zostaną zapisane i przekazane, Panie Ministrze, do Ministerstwa Obrony Narodowej.

W dniu dzisiejszym niestety nie mieli możliwości zabrać głosu przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, ale serdecznie dziękuję za udział dwóm panom z tego ministerstwa, panu Warczyńskiemu i panu Abramczykowi. Serdecznie dziękuję Ministerstwu Finansów, które pani reprezentuje. Ja wiem, że państwo tutaj skrzętnie notowali i te uwagi będziecie mogli przekazać swoim przełożonym. Serdecznie dziękuję wszystkim za dyskusję, za udział w posiedzeniu. Jeżeli nie spełniłmy jako komisja państwa oczekiwań, to jest nasza wina, a jeżeli coś będzie dobrego z tego włożenia kija w mrowisko, będzie to zasługa wszystkich państwa, szczególnie tych, którzy brali udział w dyskusji.

Panie Ministrze, serdecznie dziękuję za udział.

Zamykam posiedzenie Komisji Obrony Narodowej i Bezpieczeństwa Publicznego.

(Koniec posiedzenie o godzinie 15 minut 01)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Renata Gromska

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851