



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(420)

21. posiedzenie
Komisji Obrony Narodowej
w dniu 8 października 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Obrony Narodowej na temat funkcjonowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego w Siłach Zbrojnych RP.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Stanisław Zajac)

Przewodniczący Stanisław Zajac:

Dzień dobry państwu.

Otwieram kolejne posiedzenie Komisji Obrony Narodowej.

Witam bardzo serdecznie panów senatorów i gości, którzy zechcieli wziąć udział w dzisiejszym posiedzeniu. Witam wiceministra zdrowia, pana Marka Habera – Panie Ministrze, bardzo nam przyjemnie, że jest pan z nami. Witam pana generała Andrzeja Wiśniewskiego; panią Barbarę Jabłońską, naczelnik Wydziału Świadczeń Zdrowotnych Służb Mundurowych w Departamencie do spraw Służb Mundurowych w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia; pana pułkownika Mariana Babuškę, dziekana korpusu oficerów instytucji centralnych, Ministerstwa Obrony Narodowej; panią Dagmarę Korbasińską, zastępcę dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, pana Andrzeja Jagiełłę, głównego specjalistę w Departamencie Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia; pana Aleksandra Pawełczaka, specjalistę w Departamencie Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia; oraz pana Jerzego Słowika z Biura Bezpieczeństwa Narodowego. Witamy serdecznie.

W porządku obrad mamy trochę zaległą sprawę, która jest niezwykle ważna, a dotyczy informacji ministra obrony narodowej na temat funkcjonowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Kilka miesięcy temu otrzymaliśmy materiały Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów w tej sprawie, otrzymaliśmy również bardzo obszerny materiał organizacji związkowych, przede wszystkim zaś minister obrony narodowej przesłał nam swoje spostrzeżenia, uwagi dotyczące funkcjonowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego w siłach zbrojnych.

Aby rozpocząć omawianie tego tematu, tematu ważnego, tematu, który, jak wynika z tych pism, pociąga za sobą bardzo wiele niepokojących uwag – choć słowo „niepokojących” to może złe słowo – mówiących o rzeczywistym stanie służby zdrowia i zabezpieczenia zdrowotnego w siłach zbrojnych, prosiłbym o zabranie głosu przedstawicieli tych instytucji, które skierowały do nas pisma. Będzie to stanowić wprowadzenie do naszej dyskusji.

Prosiłbym pana ministra zdrowia, względnie osobę przez pana ministra wskazaną, która przybliżyłaby nam ten temat, a później będziemy prosić kolejnych gości o zabranie głosu i będziemy się starać o wypracowanie stanowiska w tej sprawie.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jeśli chodzi o informację, która dotyczy Ministerstwa Zdrowia, to na pewno najbardziej interesująca jest kwestia funkcjonowania w przyszłości zakładów opieki zdrowotnej, które obecnie są jakby w gestii ministra obrony narodowej, oraz sytuacji finansowej, w jakiej się one znajdują. Informacja dotycząca przede wszystkim tego, w jaki sposób zabezpieczona została ich przyszłość, to temat, który był wielokrotnie dyskutowany i który niepokoił różne gremia i środowiska.

Obecnie zakłady opieki zdrowotnej Ministerstwa Obrony Narodowej funkcjonują jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Te zakłady opieki zdrowotnej w świetle zmian, które są projektowane, mogłyby być przekształcone w spółki prawa handlowego, spółki kapitałowe albo w jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe. Taka dyskusja się odbyła. I ze względu na charakter i funkcje, jakie te jednostki pełnią, ze względu na to, że wykonują zadania w stosunku do osób cywilnych, jak i wojskowych, a także inne specjalne zadania, jest taka decyzja, że te jednostki mogą zostać przekształcone w jednostki budżetowe lub zakłady budżetowe.

Była dyskusja na temat tego, w jaki sposób te jednostki mogłyby przyjąć tę formę w związku z planowanymi zmianami ustawy o finansach publicznych. Ta sprawa była dyskutowana z ministrem finansów. I w świetle tych ustaleń będzie *vacatio legis* dla tej formy, jaką jest jednostka budżetowa i zakład budżetowy, a więc przynajmniej jest rok spokoju, jeśli chodzi o możliwość funkcjonowania w takiej formie. Zasygnalizowaliśmy również następujący problem. Jeśli doszłoby do próby zlikwidowania tej formy funkcjonowania, to Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że utrzymanie takiej formy funkcjonowania jak jednostka budżetowa czy zakład budżetowy dla jednostek Ministerstwa Obrony Narodowej jest konieczne.

Była dyskutowana też kwestia funkcji, jaką pełni Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. I w tym wypadku decyzja jest jednoznaczna: ze względu na funkcje, jakie pełni to centrum, pozostaje ono jednostką budżetową lub zakładem budżetowym.

Jeśli chodzi o informację dotyczącą obecnego funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, to w informacji, która została przekazana... Nie wiem, czy referować kwestie związane z ilością jednostek, ich zadłużeniem...

Przewodniczący Stanisław Zając:

Prosiłbym o przedstawienie najważniejszych problemów. To, co pan przedstawia w tej chwili, to są jakby uwarunkowania strukturalne i zamierzenia organizacyjne czy funkcjonalne. Mnie zaś chodziłoby o najważniejsze problemy, które są związane z funkcjonowaniem służby zdrowia, jeśli chodzi o zabezpieczenie zdrowotne w siłach zbrojnych RP, w nawiązaniu do tego dokumentu, który otrzymaliśmy od pana ministra Klicha. Mam na myśli dokument z 16 czerwca 2008 r. Nie bez kozery mówiłem o tej trudnej czy wymagającej zastanowienia się sytuacji, bo już w zdaniach wstępnych widzę chociażby takie stwierdzenia: „funkcjonujący w wojsku system opieki medycznej uważany jest za zdecydowanie niezadowolający, zarówno w zakresie opieki medycznej, dostępności i funkcjonalności oraz rzeczywistych potrzeb zabezpieczenia ćwiczeń poligonowych oraz misji poza granicami kraju”.

W kontekście tych stwierdzeń, wyrażonych w dość alarmistycznym tonie, prosiłbym o informacje. Co więcej, bylibyśmy bardzo zobowiązani, gdybyśmy jako Komisja Obrony Narodowej swoimi sugestiami czy dezyderatem – nie wiem, czy będzie taka potrzeba – mogli pomóc w pokazaniu czy też przedstawieniu tych wszystkich problemów, które należałoby naprawić, a może doprowadzić do takiej sytuacji, w której będziemy mieli możliwość pełnego zabezpieczenia w takiej formule, jakiej wszyscy byśmy oczekiwali. Patrząc realnie i zdając sobie sprawę z tego, jakie są nasze możliwości finansowe itd., przecież wszyscy o tym doskonale wiemy, ale bylibyśmy zobowiązani, gdybyśmy się tu dowiedzieli o tych najważniejszych problemach, z którymi państwo się borykacie i które państwo sami zauważacie. Pomogłoby to nam popatrzeć na ten problem, zwłaszcza gdy, jak wspominałem, mamy pismo Konwentu Dziekanów, pismo, w którym bardzo ostro – pewnie za chwilę to usłyszymy – przedstawia się wiele problemów dotyczących funkcjonowania opieki medycznej dotyczącej sił zbrojnych.

Oczywiście słusznie pan zauważa, że mija się z celem, żebyśmy słuchali wypowiedzi dotyczących zadłużenia złotówkowego w prawo czy w lewo, bo przecież nie o to chodzi. Chodzi o zasygnalizowanie na przykład takiego problemu, dlaczego niektóre – przeglądałem szczegółowo ten materiał i tak z niego wynika – zakłady opieki zdrowotnej, dające świadczenia medyczne, mają taką trudną sytuację finansową, a inne są w nieco lepszej sytuacji. Chcielibyśmy zobaczyć, co jest tego przyczyną. Za takie informacje, gdyby pan zechciał nam je przedstawić, bylibyśmy zobowiązani.

I jeszcze techniczna uwaga i prośba. Mianowicie prosimy o przestawianie się – no, pana ministra znamy – żeby do protokołu mieć informacje dotyczące osoby wypowiadającej, bo jak zawsze prowadzony jest stenogram z posiedzenia komisji.

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Jeśli chodzi o problemy, z jakimi borykamy się w wojskowej służbie zdrowia, to możemy je podzielić na kilka obszarów. Jednym z nich jest brak kadry medycznej, a także potrzeby, jakie w związku z tym wynikają, a które są zdefiniowane w tym raporcie. Oczywiście problem kadry medycznej dotyczy nie tylko wojskowej służby zdrowia, lecz także cywilnej ochrony zdrowia. Podstawowym problemem z tym związanym jest zmotywowanie lekarzy do tego, aby specjalizowali się w określonych dziedzinach. Jak rozumiem, jest to kwestia zarówno motywacji związanej ze szkoleniem, jak i motywacji finansowej.

Jeśli chodzi o kwestie związane z motywacją finansową, to niestety stanowią one problem każdej jednostki zatrudniającej lekarzy, ale chodzi także o specyfikę wojskowej służby zdrowia i możliwości rozwiązywania tego problemu dzięki specyfice, jaką jest wojskowa ochrona zdrowia, mam na myśli na przykład możliwość delegowania do określonych zakładów opieki zdrowotnej. W przypadku cywilnych pracowników ochrony zdrowia jest to kwestia odpowiedniej motywacji finansowej. I ten problem dotyczy oczywiście zarówno wojskowej, jak i cywilnej ochrony zdrowia; mamy ten sam problem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Obserwuje się obecnie bardzo dużą rotację, fluktuację kadry medycznej. Jest to spowodowane zarówno emigracją lekarzy, jak i przemieszczaniem się wewnątrz kraju. Lekarze poszukują miejsc, w których uzyskują lepsze możliwości, lepsze zarobki, lepsze warunki finansowe i prze-

mieszczają się z jednego szpitala do drugiego. Rozwiązaniem tego problemu jest motywacja finansowa, a ona w dużym stopniu zależy od możliwości finansowych poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej. Są także dodatkowe możliwości, które ma wojsko, na temat których nie chciałbym się wypowiadać, bo nie bardzo się w tym orientuję, ale są one wymienione w tym raporcie.

Kwestia płynności finansowej i sytuacji finansowej poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, w tym wojskowych. W świetle obecnie obowiązujących przepisów kondycja finansowa zakładów opieki zdrowotnej zależy w dużym stopniu od wysokości przychodów, które w dużym stopniu są pochodną kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również kosztów funkcjonowania; jest to oczywiste.

Jeśli chodzi o przychód wynikający z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, to jednostki wojskowej służby zdrowia, podobnie jak cywilne samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, są ograniczone zasadami, które proponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Podpisują kontrakt, wykonują świadczenia i otrzymują za nie określone środki finansowe. Podobnie jak w cywilnej służbie zdrowia, mamy do czynienia z wprowadzeniem od 1 lipca nowego systemu rozliczania świadczeń zdrowotnych w oparciu o jednorodną grupę pacjentów. Ta sytuacja wymaga czasu analizy i zbadania, aby zobaczyć, jak będzie wyglądał efekt finansowy po wdrożeniu nowych zasad rozliczeń.

Jeśli chodzi o ilość środków finansowych, które deklaruje Narodowy Fundusz Zdrowia, które dopływają do systemu, to fundusz deklaruje, że wartość kontraktów, które są podpisane w drugim półroczu, będzie o kilka do kilkunastu procent większa w stosunku do okresu poprzedniego, czyli pierwszego półrocza 2008 r. W związku z tym sytuacja w skali makro powinna się poprawić. Ilość środków finansowych, która dopłynęła do zakładów opieki zdrowotnej w tym roku, pozwala na poprawienie sytuacji finansowej również pracowników, a więc na podniesienie płacy; i tak w wielu zakładach opieki zdrowotnej się stało.

Analizując sytuację finansową w zakładach opieki zdrowotnej podległych Ministerstwu Obrony Narodowej, dochodzę do takiego wniosku, że jest ona podobna do sytuacji w sektorze cywilnym, to znaczy jest część zakładów, które sobie nie radzą, i część zakładów, które zupełnie spokojnie bilansują swoją działalność i utrzymują płynność finansową. Nie da się w sposób ogólny odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak się dzieje w tych zakładach, które mają problemy finansowe. Konieczne jest indywidualne przeanalizowanie ich przychodów i kosztów i wtedy możliwe jest odpowiedzenie sobie na pytanie, dlaczego tak się dzieje. No, jest to również kwestia dopasowania wielkości, zakresu działania do możliwości finansowych, które daje kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jest to kwestia naprawdę indywidualnej analizy sytuacji finansowej poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej.

Myślę, że to tyle na wstępie. Jeśli będą szczegółowe pytania, to będziemy się starali na nie odpowiedzieć.

Przewodniczący Stanisław Zajac:

Dziękuję bardzo.

Przepraszam kolegów senatorów... W dyskusji panowie na pewno będą chcieli się wypowiedzieć, zabrać głos i zgłosić swoje uwagi, spostrzeżenia czy pytania. Rozumiem, że porządek w takiej formule, jaką zasygnalizowaliśmy, jest przyjęty. Chciał-

bym wstępnie, sygnałnie wysłuchać głosów przedstawicieli, bo to ułatwi nam prowadzenie dyskusji.

Ministerstwo Obrony Narodowej, proszę.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej
Czesław Piątas:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, podzielam opinię, którą przedstawił pan minister – sytuacja w naszych SPZOZ jest podobna do sytuacji w kraju i w innych... Ale chciałbym przedstawić Wysokiej Komisji pewną specyfikę wojskowej służby zdrowia. Funkcjonując w systemie zamawiania usług i podpisywania kontraktów na poziomie SPZOZ, ambulatorium oraz izby chorych, która jest najniższym szczeblem, wpłata się ona na tym najniższym szczeblu bezpośrednio w zabezpieczenie, które musi być gotowe na ćwiczenia, na misje poza granicami kraju, i tutaj wychodzimy już poza kontrakt. Czyli ta służba, bazując i uzyskując środki finansowe na swoje funkcjonowanie z funduszu dzięki kontraktom, musi zawierać zdolność do działania w sytuacjach ekstremalnych, szczególnych, do których wojsko jest przeznaczone, czyli chodzi o ćwiczenia, sytuacje kryzysowe, wojenne, a w naszym przypadku także misje.

I jest pewien wpływ na kondycję, na wielkość kontraktów, na środki finansowe, które otrzymujemy w ramach zawieranych umów, na funkcjonowanie tych ogniw, szczególnie tych dolnych. Bo jeśli chodzi o te najwyższe, to, jak pan minister powiedział, każdy szpital, każdy SPZOZ należałoby rozpatrywać indywidualnie. Na przykład szpital na Szaserów duży wpływ na jego funkcjonowanie, oprócz kontraktów... A chciałbym zaznaczyć, że stawki są czasami nierówne, bo mieliśmy sytuację, w której klinika profesora Szczylika, onkologiczna klinika na Szaserów, miała stawki niższe niż inna klinika onkologiczna w Warszawie, nie będę mówił gdzie. Podobną sytuację mieliśmy w Bydgoszczy, powiatowy szpital w Inowrocławiu miał stawki wyższe niż wojskowy szpital w Bydgoszczy, który jest dobrym szpitalem. Więc to trochę też zależy, powiedzmy, od podejścia. Ale te sprawy chyba zostały już wyrównane, tak było w przeszłości. Teraz to już nie ma miejsca, ale w przeszłości tak było.

Problem polega na tym, że lekarz z jednostki, który może pojechać na misje poza granicami kraju, musi się doskonalić, a więc musi robić specjalizację, musi ją uzyskać, bo poza granice kraju możemy kierować lekarzy wyszkolonych na poziomie chirurgii, anestezjologii czy lekarza ogólnego, którzy potrafią udzielić wysokospecjalistycznej pomocy w krótkim czasie w bardzo trudnych i niespodziewanych sytuacjach. Żeby takich lekarzy mieć w jednostkach, to musimy gdzieś ich szkolić. Dlatego system ogólnokrajowy jak gdyby przeplata się ze specyfiką wojskową. Głównym elementem motywacji dla tych lekarzy będzie możliwość robienia specjalizacji i uzyskanie jej, a później także możliwość awansu, to, żeby lekarz miał możliwość awansu z izby chorych, polikliniki czy ambulatorium z jednostki, ale chcielibyśmy, żeby ten awans był związany z mundurem. Specjalizacja i mundur, bo mundur daje nam prawo do kierowania lekarzy tam, gdzie ich potrzebujemy.

Pragnę przedstawić Wysokiej Komisji też to, że minister obrony, kierując lekarza z SPZOZ, ze szpitala na misje, w zasadzie powinien zapłacić komendantowi szpitala pewną kwotę za nieobecność tego lekarza w szpitalu, ponieważ lekarz ten nie może pracować na rzecz szpitala, nie może realizować podstawowej czynności, czyli za-

rabiania pieniędzy z umów, które ma z funduszem. To jest taka specyfika. Lekarze mundurowi w szpitalach mają także zadania mobilizacyjne, kierowanie na załóżki, bo wojskowa służba zdrowia musi się rozwijać na wypadek kryzysu.

Nasz problem polega też na tym, że kiedyś zdecydowano o likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej. To była uczelnia, która szkoliła lekarzy i była bardzo dobra. Obecnie rozpoczynamy działania w celu odtworzenia tego systemu – pan generał Wiśniewski w dyskusji na pewno powie więcej na ten temat, jeżeli będzie taka potrzeba – ale jest to proces bardzo powolny.

Kolejna kwestia to otwarcie się granic. Sytuacja rynkowa, o której pan minister mówił, tak samo oddziałuje na nas. Od nas także lekarze odchodzą, odchodzą tam, gdzie im się więcej płaci. Jeśli chodzi o misje, to mamy dodatkowy problem, bo chodzi o ryzyko utraty zdrowia lub życia, a więc jest to szczególnie trudna sytuacja. Staramy się w określony sposób oddziaływać poprzez zachęty, ale jest to problem niezmiernie złożony i trudny.

Kolejna kwestia. W pełni popieram to, co pan minister powiedział o założeniach na przyszłość, ale chcę powiedzieć, że Ministerstwo Finansów w ustawie... w projekcie ustawy o finansach publicznych proponuje likwidację zakładów budżetowych, a więc prawdopodobnie będzie musiała być inna forma. Obecnie jesteśmy w trakcie wypracowywania stanowiska i jest to moment dosyć, powiedziałbym, interesujący, jeśli chodzi o poszukiwanie rozwiązań. Nie wiemy, czy ustawa o finansach publicznych zlikwiduje zakłady budżetowe i wprowadzi na przykład instytucje gospodarki budżetowej jako nową formę, do której prawdopodobnie byśmy się zapisali przy uwzględnieniu pewnej modyfikacji, czy też pozostawi zakłady budżetowe i wtedy byśmy w tym pozostali; jak ustaliliśmy z panem ministrem, byłby to zakład budżetowy. Jest to proces decyzyjny, w który jesteśmy włączeni.

Chciałbym podkreślić, że mamy ograniczone możliwości dotowania naszych szpitali jako SPZOZ, a one z tytułu przychodów, które wypracowują na podstawie umów z funduszem, nie są w stanie mieć tak dużego zysku, który by powodował, że mogłyby zakupywać wysokiej jakości urządzenia oraz aparaturę, która służy do badania i leczenia, a taki zakup powodowałby, że większa liczba pacjentów i chętnych chciałaby w tych szpitalach mieć określoną usługę. Nakłada się na to także prawo Unii Europejskiej, które dyktuje pewne warunki dotyczące na przykład bloków operacyjnych, gdzie ma być określona procedura, określona kolejność. To także wymaga środków finansowych.

Niewojskowe szpitale, SPZOZ czasami dostają dotacje od marszałka województwa, wojewody lub z innych źródeł. My jesteśmy bardzo ograniczeni w tym zakresie, ale czynimy kroki personalne, jeśli chodzi o wyznaczenie na stanowisko dyrektora SPZOZ osoby, która jest dobrym menedżerem, która podstawową misję leczenia i udzielania pomocy potrafi łączyć ze zmianami organizacyjnymi, z dobrym zarządzaniem i kierowaniem. Pod koniec roku, jak mówił pan minister, będziemy widzieli, jak działa nowy system rozliczeń, bo został on dopiero wprowadzony, wtedy będziemy mogli zbilansować. Chcę także powiedzieć, że nasze SPZOZ mające ujemny bilans zdecydowanie się poprawiają. Najważniejsze, że czyni to ten najważniejszy na Szaserów w Warszawie. Jesteśmy w dosyć dynamicznej sytuacji. Ministerstwo obrony widzi problemy, minister obrony poprzez dotacje stara się pomagać, ale jesteśmy ograniczeni nakładami na wojsko w wysokości 1,95% PKB, kosztami modernizacji i innymi elementami.

Wysoka Komisjo, chcę też powiedzieć, że nie mamy prawa kierować żołnierza na misje, jeżeli nie ma właściwego zabezpieczenia medycznego, na które składa się i system ratowniczy, i system ewakuacyjny, i pomocy medycznej; korzystamy czasami ze szpitali sojusznicznych, głównie amerykańskich. Do tego dochodzi system ewakuacji do kraju, następnie udzielanie wysokospecjalistycznej pomocy w naszych szpitalach w kraju, później rekonwalescencja. A więc ten łańcuch dowodzenia i kierowania jest dobry. Mieliśmy sytuację, kiedy profesorowie medycyny z Warszawy dzięki środkom łączności konsultowali operacje w Iraku. Dzięki tej pomocy przeżył żołnierz, potrafiłno chirurgowi dać taką rekomendację, że w trudnej sytuacji znalazł rozwiązanie. A więc wiele czynimy, żeby naszych żołnierzom zapewnić bezpieczeństwo.

Z drugiej strony ponad 90% pacjentów w naszych szpitalach to ludność cywilna, i ta ludność jest bardzo z tego zadowolona. Na przykład ostatnio w szpitalu wojskowym we Wrocławiu jako trzecim w kraju specjalną metodą, inną niż dotychczas, przeprowadzono operację na zastawce serca; ta klinika kardiologiczna jest naprawdę dobra.

W szpitalach my musimy także utrzymywać pewną zdolność, która w czasie pokoju nie jest nikomu potrzebna. Za to musi płacić minister obrony, jak gdyby zamawia on tę usługę. Mamy tego świadomość i w budżecie przewidujemy środki. Największym problemem jest jednak pozyskanie lekarzy. To jest problem, przed którym stoimy. Wiem, że pan generał z uniwersytetem w Łodzi prowadzi określone czynności. Studenci na wyższych latach studiów są już dzisiaj na liście tych, którzy będą w przyszłości lekarzami wojskowymi. Są także propozycje, ażeby uruchomić to szkolenie od pierwszego roku, od samego początku, żeby wrócić do tego, co było kiedyś. Kiedyś mieliśmy kompanie podchorążych, kompanię kadrową, mieliśmy akademię medyczną, teraz chyba będziemy musieli wracać do tych źródeł. Ważne jest przywiązanie od samego początku młodego człowieka do munduru, do zawodu lekarza. Danie mu możliwości studiów i stypendium, a także możliwości rozwoju będzie chyba tym czynnikiem, który będzie go wiązał ze służbą wojskową, gwarantując dyspozycyjność, bo o tę dyspozycyjność nam chodzi.

Panie Przewodniczący, tyle chciałem powiedzieć, a resztę spraw szczegółowych na pewno przedstawi pan generał Wiśniewski lub pan pułkownik Marat, zastępca szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę wybaczyć, że nie powitałem pana ministra na wstępie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale pewna elegancja obowiązuje. Proszę wybaczyć to przeoczenie.

Panie Generale, prosimy.

**Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia
Andrzej Wiśniewski:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wojskowa służba zdrowia ma bardzo dużo zadań. Gdybym chciał omawiać wszystkie zadania, które mamy przed sobą, i ten materiał, który przygotowałem, to zajęłoby to bardzo dużo czasu. Dlatego postaram się odpowiadać na pytania czy też przedstawić tematy, które naprawdę nas bolą i nam doskwierają.

Niektóre sprawy zostały już poruszone. Problem numer jeden to problem kadrowy. Jest on związany z tym, co się stało. I żeby te problemy kadrowe rozwiązać, zdecydowaliśmy się na pewne kierunki działania. Podstawowy kierunek to były zmiany w organizacji służby zdrowia, dotyczące stanowisk etatowych, jeśli chodzi o jednostki wojskowe – zgodnie z potrzebami zmniejszenie liczby lekarzy, a zwiększenie liczby ratowników medycznych, żeby zabezpieczyli nam to ogniwo. Mamy już teraz ratowników licencjonowanych i utworzono dla nich specjalną ścieżkę rozwoju do stopnia oficerskiego włącznie, wprowadzając odpowiednie struktury na szczeblu batalionu, gdzie jest zespół ewakuacji medycznej. Jest to naprawdę zwiększenie potencjału służby zdrowia prawie trzykrotnie w stosunku do tego, co było.

To, co zostało zaplanowane w planach modernizacyjnych do 2018 r., gwarantuje, że oprócz tego, że będą ludzie, będą również odpowiednie siły, a więc odpowiednio opancerzone wozy pancerne, środki medyczne. Cztery pojazdy typu WEM, rosomaki już są w Afganistanie i tam się sprawdzają, a do pozostałych również będzie wprowadzone utechniczenie niezbędne na współczesnym polu walki.

W celu zabezpieczenia korpusu lekarskiego zaproponowaliśmy zatrzymanie lekarzy w jednostkach dzięki kilku elementom. Przede wszystkim chodzi o takie ukształtowanie, jeśli chodzi o etaty i stopnie oficerskie, żeby od razu nie trafiali oni do szpitali, a potem zapominali o jednostce. System finansowania spowodował jak gdyby takie rozbitcie służby zdrowia, że etaty porucznika zostały zdjęte i zostały zostawione dla jednostek.

W jednostkach wojskowych chcemy także zintegrować służbę zdrowia w ramach garnizonowych izb chorych w celu umożliwienia kompleksowego wykorzystania potencjału lekarzy na szczeblu garnizonu, jak również po to, żeby ograniczyć środki finansowe, bo dotychczas prawie każda jednostka miała swoją izbę chorych, ileś łóżek, ileś ludzi. W związku z tym, że idziemy w kierunku armii zawodowej, nie będzie tak jak dotychczas, że była całodobowa pomoc w każdej jednostce. Myślimy, że będzie podobnie jak w przypadku zakładu pracy; będzie jedna zintegrowana izba na kilka czy kilkanaście jednostek, skąd będziemy mogli wyciągać lekarzy, tym samym będziemy mieli większą dyspozycyjność lekarzy, a zarazem będziemy mogli zaproponować to, co jest dla nich najważniejsze, czyli podwyższenie kwalifikacji.

Mało tego, jest istotne także to, że taka izba chorych może mieć podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia czy towarzystwem ubezpieczeniowym, co pozwoli na podtrzymywanie prawa wykonywania zawodu. Niektóre stanowiska, które były, typu dowódca plutonu medycznego, kompanii medycznej czy batalionu medycznego, nie były ujęte w systemie, jeśli chodzi o cywilną służbę zdrowia; traktowało się te stanowiska w taki sposób, że to nie są stanowiska lekarskie. W związku z tym ludzie, którzy nie mieli podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, tracili... a niestety mieliśmy takie jednostki organizacyjne, i stąd liczne odejścia z wojska.

W tym roku odeszło, złożyło papiery sto sześćdziesiąt sześć osób, co świadczy o tym, że to, co jest w wojsku, niestety nie jest nadzwyczajne, że warunki pracy nie są tak dobre, a wymogi są bardzo duże. Od oficera wymaga się znacznie więcej niż od lekarza cywilnego. Musi on być niezwykle dyspozycyjny, a ma olbrzymie problemy, jeśli chodzi o podnoszenie kwalifikacji. System, który został wprowadzony, w jakiś sposób zorganizował i wprowadził konkretne zasady, które pozwalają unormować to, że wszyscy mają być przygotowani na jednakowym poziomie, bo zdają egzaminy

w Centrum Egzaminów Medycznych. Bazą do kształcenia są podstawowe jednostki, jakimi są szpitale, zakłady opieki zdrowotnej, gdzie można tę specjalizację wykonywać. Z racji tego, że straciliśmy swój system, wchodząc w cywilny, zostaliśmy w nim skreśleni i stanowiska, które mogły być dla lekarzy miejscami specjalizacji, zostały jak gdyby zamknięte albo dano takie możliwości, że lekarz zamiast iść do szpitala wojskowego po drugiej stronie ulicy musi jechać 60 km a nawet więcej, żeby robić specjalizację. Proszę panów, rekordzista musi dojeżdżać ponad 500 km do szpitala, gdzie robi specjalizację. To nie ma szans, ludzie wyrzucają, jak to się mówi, z siebie wszystko i odchodzą z wojska, bo nie widzą możliwości.

Jest tym bardziej źle, że decydentami o miejscach specjalizacji byli lekarze wojewódzcy. Przy obecnym systemie w Narodowym Funduszu Zdrowia zasada konkurencji spowodowała, że specjaliści wojewódzcy starali się nie przyjeżdżać do konkurencji, żeby nie dać im zgody na specjalizację. W związku z tym w szpitalu klinicznym w Bydgoszczy, który prowadziłem, lekarze z doktoratami, którzy byli wielokrotnie na misjach, nie mogli specjalizować kolegów z jednostki, która jest po drugiej stronie ulicy, a lekarz musiał jechać 60 km do innej, do cywila.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Pan generał się pomylił, lekarza wojewódzkiego już nie ma od kilku lat.)

Nie mówię o lekarzu wojewódzkim, tylko o specjalistach wojewódzkich.

(Głos z sali: Ale użył pan takiego sformułowania.)

Nie mówiłem o lekarzu wojewódzkim.

(Głos z sali: Lekarza wojewódzkiego nie ma.)

Nie ma, zgadza się. Ja tego nie powiedziałem. Mówiłem o specjalistach wojewódzkich.

Przekonało mnie to, że jeżeli nie podamy ręki, nie stworzymy swojego centrum kształcenia podyplomowego, które byłoby oparte na największym naszym ośrodku na Szaserów... No, mamy specjalistów, mamy wielu profesorów w wielu szpitalach klinicznych i musimy stworzyć tę furtkę, która umożliwi wykonywanie specjalizacji zgodnie z pewnymi przepisami, normami. Ale nie wszystko możemy zrobić tak, jak jest to ujęte w przepisach cywilnych. Nasz lekarz codziennie nie może być w szpitalu – a w propozycji jest nawet, żeby był na całym etacie – ponieważ on musi wyjechać na zabezpieczenie misji, poligonów i musi robić przerwy. W przypadku tych, którzy byli trzykrotnie na poligonach, okazuje się, że ten czas jest za długi, żeby zdawali specjalizację zgodnie z normami cywilnymi. Trzeba stworzyć furtkę, żebyśmy to przyjęli w sensie organizacyjnym i dzięki temu mogli dać szansę zdawania egzaminu. Uważamy, że jest to niezbędne, bo inaczej wszyscy faktycznie odejdą, tym bardziej że ostatecznie decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia...

Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję, że przy wszystkich umowach, podwyższanych kontraktach, 40% ma iść na podwyżki, a niestety my nie możemy dać podwyżek lekarzom, oficerom, którzy są w szpitalach wojskowych, dlatego że oni są opłacani zgodnie z normami Ministerstwa Obrony Narodowej, a więc według stanowiska, które mają, czyli stopnia wojskowego. I te pieniądze trzeba przekazać lekarzom cywilnym.

Dochodzi do tego, że w tej chwili są takie układy, że lekarz, który jest po LEP, dostaje propozycję pracy za 40–45 zł za godzinę, jeżeli się to przeliczy, to wychodzi 6–7 ty-

sięcy zł, a dodatkowo z dyżurami ma mniej więcej dziesięć. A ja podporucznikowi, porucznikowi mogę dać 3 tysiące 200 zł i 700 zł dodatku, który udało się uzyskać. Niestety nie udało się uzyskać dodatku specjalizacyjnego; myślę, że przy armii profesjonalnej nam się to uda. Kiedyś był ten dodatek, ale pewne regulacje prawne spowodowały, że dodatek za specjalizację zabrano.

Jest to nieszczęście, ponieważ widać odpływ dobrej klasy specjalistów, i to nie tylko na teren kraju, bo straciłem wielu lekarzy ze swojego szpitala i obecnie jest moda na Szwecję, Norwegię, Hiszpanię czy Wielką Brytanię. Obecnie ponad trzystu pięćdziesięciu lekarzy służy w innych armiach na różnych stanowiskach ze względu na inne zarobki, a także z racji fachowości. Muszę powiedzieć jedną dobrą rzecz, jeśli chodzi o stworzenie systemu, w którym leczy się dużo pacjentów z cywila, dzięki temu nasi lekarze mają poligon w szpitalu. Oni są naprawdę doskonale wyszkoleni. Nasze nieszczęście polega na tym, że co pojedą na misje, to przyjeżdżają kupcy z innych krajów i proponują im pracę, bo wiedzą, co potrafią. Ale my się cieszymy, że nasz potencjał nie jest zamknięty, jest otwarty. No, problem finansowy jest tak jak wszędzie.

Mogę jednak powiedzieć, że w tej trudnej sytuacji nasze szpitale za poprzedni rok wypracowały ponad 14 milionów zł zysku. Mało tego, mamy sporo nadprodukcji. Może nie aż tak dużo, ale jest to paręnaście milionów, które Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby zapłacić, bo większość rzeczy była wykonana ze wskazań życiowych, szczególnie ostatnio, kiedy były strajki i tylko nasze szpitale były zmuszone do przyjmowania pacjentów.

(*Głos z sali*: Na wykonania...)

Na wykonania, tak.

Wszystkie szpitale zostały tak zmodelowane... Mamy system opieki medycznej oparty na potrzebach operacyjnych, w ośmiu rejonach leczniczych są wiodące szpitale wojskowe i wszystkie są przygotowane jako ośrodki leczenia urazów wielonarządowych. A więc podstawą jest to, żeby był oddział ratunkowy, a także bardzo mocne oddziały zabiegowe, które nie są najlepiej płatne, typu chirurgia czy ortopedia. Ale muszę powiedzieć, że w przypadku niektórych, po ostatnich zmianach, widać arcymistrzostwo świata tego, kto wyliczył. Na przykład w przypadku neurochirurgii kontrakty, które dawniej trzeba było wyrabiać przez rok, teraz przy tym finansowaniu można zrobić w pół roku, bo są zbyt dobrze, powiedziałbym, przeliczone. Często jest nieadekwatne wyliczenie sił, środków, jakich potrzeba do zabiegów operacyjnych, jeśli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, i wydaje mi się, że wymagałoby to regulacji. Niektóre dziedziny takie jak urologia nowoczesna, gdzie jest endoskopia itd., zostały źle zrobione, z kolei neurochirurgia jest super zrobiona, ale wydaje mi się, że za te pieniądze można dwa razy więcej leczyć.

Wydaje mi się, że nasze szpitale często mają nadlimity, dlatego że ludzie chcą się tam leczyć, zresztą z dokumentów Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że kolejki do szpitali wojskowych są najdłuższe. Czy one są dobre, czy nie? Wydaje mi się, że przy tym finansowaniu, kiedy Ministerstwo Obrony Narodowej ma ograniczone środki... a niestety z przykrością muszę powiedzieć, że wojskowe zakłady opieki zdrowotnej są dyskredytowane, jeśli chodzi o przydział środków unijnych, mimo że 90% pacjentów mają z Polski. Przepadamy we wszystkich, że tak powiem, przedbiegach, nie możemy dostać tych środków, i niestety wielokrotnie się słyszy – ja też to słyszałem, kiedy byłem komendantem – idźcie do NATO, niech NATO wam da. Jest to

przykre, dlatego że oficer, wojsko, cały personel czuje się jakby był w obcym kraju, a przecież pracujemy na wspólne dobro i te szpitale są do dyspozycji. Jeżeli byłyby złe, to na pewno nie mogłyby wykonać limitów czy nadlimitów. Byłyby mniejsze kolejki, a mamy najdłuższe.

System organizacji pracy, pewne wojskowe nawyki, system kierowania, dowodzenie, zarządzanie powodują, że nasze szpitale wyprodukowały zysk. Mało tego, dodam, że inwestują one w swój rozwój, średnio inwestują około 30 milionów zł rocznie w infrastrukturę po to, żeby budynki i aparatura były przygotowane na różne stany zagrożenia, jakie mogą być. Nie chodzi tylko o wojnę, posiadamy również zgodnie z konwencją genewską odpowiednie składy środków medycznych na potrzeby jednostek wojskowych, a na wypadek skażeń chemicznych, które mogą się wydarzyć, bo mamy zakłady produkujące nawet fosgen, mamy środki, które mogą uratować wiele ludzi, czego inne szpitale nie mają, nie mają takich możliwości. My musimy utrzymywać gotowość na wypadek stanów zagrożenia.

Oprócz tego, że inwestują w infrastrukturę – budynki są w każdej chwili gotowe do użycia – utrzymują kadrę wojskową, ponad siedemset oficerów czy żołnierzy, co wynosi około 40 milionów zł. Świadczy to o tym, że pieniądze się nie marnują; jest to uczciwa praca.

Trzeba powiedzieć, że jesteśmy w Unii, w NATO i jest to jedyna armia, która... no, nie płaci swoim żołnierzom, tłumacząc, że system nie pozwala, żebyśmy byli konkurencją na rynku, że jest to łamanie pewnych przepisów. Dziwi mnie, że w innych krajach może tak być i nikt nie ma o to pretensji. Dlaczego do naszych szpitali, które mają bardzo dobrą aparaturę, super specjalistów, pacjent nie może się dostać. Można by zmienić system, żeby było tak, że jeśli pacjent chce się zbadać, a limit jest wykorzystany, to wpłaca do kasy, podobnie jak w szpitalach niepublicznych. Byłoby to dużą ulgą, bo minister obrony narodowej nie ma za dużo pieniędzy, i to by nas wsparło. Myślę, że nowe rozwiązania, które będą wprowadzane, dają szanse powodzenia. Będziemy starali się do tego przystosować.

No, jest problem kadrowy i staramy się go rozwiązać, ale niezbędne jest kształcenie. Widzimy, że musimy zacząć od pozyskiwania studentów najniższych lat. Poprawki do ustaw już poszły. Myślę, że od przyszłego roku na wydziale wojskowo-lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, bo to jest spadkobierca Wojskowej Akademii Medycznej, uda się z pierwszym rokiem rozpocząć ratowanie tego, co jest niezbędne. No, w ramach NATO stoją przed nami wymogi, zobowiązania dotyczące misji, jest to działanie jak najbardziej, powiedziałbym, polityczne i zaszczytne i chcemy je wykonać.

Musimy tych ludzi przyciągnąć do wojska. Próby były... Stworzyliśmy możliwości przyjmowania lekarzy po LEP w maksymalnie, powiedziałbym, krótkim czasie, czyli po odbytych stażu. W tym roku również odtworzyliśmy podchorążówkę dla studentów po czwartym, piątym, szóstym roku. Daliśmy, powiedziałbym, dobre dofinansowanie, ale jak widać, 2 tysiące 200 zł co miesiąc to mało dla studentów w Polsce i nie chcą przyjść. Mamy sto dwadzieścia miejsc, a tylko trzydzieści dziewięć zajętych, jeśli chodzi o studentów, którzy odważyli się studiować jako wojskowi, z czego osiemnastu jest na tak zwanych płatnych, ponieważ nie zamykaliśmy rynku, chcieliśmy, żeby młodzież z całego kraju mogła przyjść, a z Łodzi jest tylko dziewiętnastu.

Namowy, żeby przyszli, ubrali się w mundury... Proszę państwa, rozmawiając z ponad trzystoma ludźmi po LEP, z lekarzami, którzy już rozpoczęli pracę, zdołali-

śmy nakłonić dziesięciu, aby przyszedli do wojska. Twierdzili, że to, co wojsko proponuje, to jest nic; tłumaczyli, że jakbyśmy dali mieszkania, inne rzeczy, to może; mówili, że specjalizacji nie dajemy tak, jak trzeba, bo trudno ją zrobić w wojsku, wynagrodzenie jest niskie. Stąd zainteresowanie jest bardzo małe. Na dowód tego sto sześćdziesiąt sześć złożonych w tym roku podań o odejście z wojska, ponieważ ci ludzie nie widzą perspektyw i przy tych zmianach wolą przyjąć inne kierunki funkcjonowania.

Stworzyliśmy model, który zaproponowaliśmy. Chodzi o stworzenie, uruchomienie fakultetu wojskowo-medycznego przy naszym centrum szkolenia służb medycznych w Łodzi. Mamy tam duży obiekt, który możemy dobrze zagospodarować dla studentów. Część wojskowo-medyczną i wojskową tam byśmy prowadzili, a część medyczną tak jak przed wojną, w pierwszych latach po wojnie – na wydziale wojskowo-lekarskim, utrzymując otwarty system dla studentów. Jeżeli mielibyśmy wsparcie i w tej ustawie byłyby te zmiany... Zresztą jest akceptacja Ministerstwa Zdrowia; pan docent Danielewicz to akceptuje, a także kolejną kwestię, która jest niezwykle ważna, a mianowicie, rozwój specjalistyczny.

Chcemy prowadzić i nadzorować – ale wszyscy zdawaliby egzaminy w Centrum Egzaminów Medycznych – tylko czterdzieści specjalizacji, wykorzystując naszą bazę i tworząc centrum kształcenia podyplomowego, podobnie jak wojewódzkie centra zdrowia publicznego. A więc byłby to organ pośredni, który by nam umożliwił skoordynowanie specjalizacji i szkolenia lekarzy czy pilnowanie terminów i poszerzenie o niezbędną wiedzę wojskowo-medyczną. Chcielibyśmy, żeby chirurgia była chirurgią ratowniczą dla wojska, żeby w pierwszym etapie było... myślę, że to się uda dzięki wprowadzeniu nowego systemu modułowego; i to spełniałoby taką rolę.

Czterdzieści specjalizacji wystarczy, żeby zabezpieczyć to, co mamy przyjęte w modelu grupy zabezpieczenia medycznego, a więc żeby zapewnić to, co wynika z misji, zasady postępowania medycznego, to, z czym się spotykamy. Nie jest nam potrzebna pediatria, perinatologia czy inne dziedziny, potrzebne są, może trochę nieładnie to zabrzmie, męskie specjalizacje takie jak anestezjologia, chirurgia, ortopedia, interna. Są to ciężkie specjalizacje, ale ci ludzie to nie jest prywatna armia; nawet jeśli odejdą z wojska, to dalej mogą służyć w kraju i zawsze są użyteczni. Bardzo nam zależy, żeby ze względu na obowiązki i obciążenia lekarzy wojskowych była taka szansa. Myślę, że przy obecnej akceptacji Ministerstwa Zdrowia to się uda, ale wszystko będzie zależało od tego, czy to przejdzie przez Senat i Sejm.

Bardzo nam zależy na poprawieniu możliwości rozwoju dzięki naborowi, odtworzeniu fakultetu, bo bazę szpitalną mamy. Nasze szpitale są dobrze przygotowane i ta liczba miejsc, które mamy na specjalizacje, zabezpieczałaby nam te potrzeby, jeśli chodzi o lekarzy wojskowych. Z drugiej strony ta liczba szpitali, które mamy, zabezpiecza na wypadek wojny na mniej więcej cztery do pięciu dni. To jest niezbędne minimum, które potrzebujemy do dyspozycji.

Jeżeli nawet w trudnej sytuacji finansowej, jaka jest w kraju, w służbie zdrowia wyniki naszych szpitali nie są najgorsze, bo tak trzeba powiedzieć, a w rankingu najlepszej setki szpitali jest sześć ośrodków wojskowych, to świadczy to o tym, że nawet w tej trudnej sytuacji dajemy sobie radę. Myślę, że można by zezwolić na samodzielność w zakresie szkolenia. Ale egzaminy muszą być w Centrum Egzaminów Medycznych, żeby nikt nie miał zastrzeżeń, że czegoś nie spełniamy. Tyle uwag. Dziękuję.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję, Panie Generale.

Za chwilę udzielię głosu przedstawicielom Biura Bezpieczeństwa Narodowego i Korpusu Dziekanów.

Najpierw otwieram dyskusję. Chciałbym, żebyśmy ukierunkowali nasze oczekiwania głosami panów senatorów. Oprócz tych problemów, które wiążą się z sytuacją kadrową, możliwościami podnoszenia kwalifikacji, wynagrodzeniem... no, specyfika służby wojskowej i co za tym idzie trudności w funkcjonowaniu sprawiają, że chcielibyśmy usłyszeć też o poczuciu bezpieczeństwa żołnierzy, jeżeli patrzymy na to odniesienie i funkcjonowanie służby zdrowia.

Proszę pana senatora Grubskiego, bo zgłaszał się do dyskusji.

Senator Maciej Grubski:

Panie Przewodniczący, Panowie Ministrowie, Panie Generale, być może będę musiał wyjść po jakimś czasie i nie usłyszę w całości odniesienia się do mojej wypowiedzi, ale takie uwagi nasuwają się w pierwszej kolejności. Materiał pana ministra Klicha opisuje pewną rzeczywistość, mówi o pewnych problemach, które narastają, o wyposażeniu itd. Nie poruszamy jednak jakby sedna sprawy, tego, jak powinna funkcjonować, jaka powinna być wojskowa służba zdrowia, czym się powinna zajmować, jakim pacjentem powinna się zajmować, czy to powinien być tylko żołnierz, czy także jego rodzina. Odpowiedź na te pytania powoduje kompletnie inne ustawienie się w sytuacji, w zależności od niej kompletnie inni partnerzy w tej grze powinni zafunkcjonować.

Martwi mnie trochę, że cały czas brniemy w oczekiwanie pewnych rozwiązań prawnych. One powinny dojść do jakiegoś modelu, ale ten model nie jest jeszcze uwidoczniony, on nie jest nawet sprecyzowany, bo ja nie usłyszałem ze strony pana generała, jak ten model powinien funkcjonować. Przebiła się taka wypowiedź, że w innych krajach natowskich to można zrobić, a u nas nie; tak to zrozumiałem.

Nie wyobrażam sobie, że będziemy brnęli w taką sytuację, w której zakłady opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest ministerstwo, będą funkcjonowały na zasadzie pełnego katalogu ofert i zbierania środków na wykonywanie tych ofert, chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia i ewentualnie o szukanie innych rozwiązań. Jest sytuacja, w której...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Mam prośbę, bo nie słyszę... Poczekam, aż pan senator skończy, bo mówi mi nad uchem.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Taka sytuacja niestety miała miejsce również wcześniej, za czasów poprzedniego rządu. Na przykładzie Łodzi, bo jestem senatorem z Łodzi wraz z panem senatorem Krzysztofem Kwiatkowskim, a z panem senatorem Owczarkiem – z tego samego województwa, obserwuję podejście do resortowego szpitala przez ówczesne MSW. Nie mogłem zrozumieć, dlaczego organ założycielski nie dba o swój szpital, nie doposaża go, nie działa na jego rzecz.

I jaką sytuację mamy teraz? Jeżeli dyskusja nie rozstrzygnie, że kierunkowo wojskowa służba medyczna powinna się przemieszczać... To powinien być katalog

zagadnień, między innymi wyszczególnionych przez pana generała, w którym specjalizacja lekarzy powinna dotyczyć pewnego wąskiego grona, bo nie wchodzi w to na przykład ginekologia, nie widzę takiej potrzeby, tylko pewne elementy, które są stricte potrzebne...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Pozwolicie, że ze swoim głosem ja się zgodzę.

Chodzi o elementy, które są niezbędne do wykonywania określonych zadań przez armię, a wszystkie elementy zewnętrzne, na przykład opieka nad rodziną, być może bardziej specjalistyczna opieka, która nie wymaga bezpośredniej interwencji, może powinny być kontraktowane przez inne podmioty, niezabezpieczane przez podmioty, których organem założycielskim jest Ministerstwo Obrony Narodowej.

Spowodowałyby to, że ośrodki przeddyplomowe i podyplomowe szkoliłyby w określonych specjalizacjach, nie dawałyby temu lekarzowi, który podpisuje cyrograf na współpracę – cyrograf w pozytywnym znaczeniu, bo współpraca lekarza pracującego w wojsku powinna być kwestią dumy, a nie kwestią rozważań na temat finansów, ale do tego wrócimy... I ten lekarz, posiadając taką określoną wąską specjalizację, no, oczywiście miałby trudny postęp na rynku zewnętrznym, dlatego że musiałby się dokształcać i podnosić kwalifikacje w innych dziedzinach, żeby zafunkcjonować na innym rynku.

Pan minister Piątas zresztą o tym mówił. Ta specyfika zachowania, ta szybkość działania, ta interwencja jest kompletnie inną motoryką funkcjonowania lekarza i musi się zmienić podejście do płacenia. Obecnie mamy trzy rodzaje dotyczące wykonywania zawodu prawniczego: prokurator, adwokat, sędzia. Adwokat działa na rynku zewnętrznym, przyjmuje każdą ofertę, która jest zewnętrzna, a sędziego zabezpieczamy. Sędziego zabezpieczamy w ten sposób, żeby nie czuł się pokrzywdzony w relacjach płacowych, chociaż różnice i tak są. Są, ale zabezpiecza się go w taki sposób. I podobnie powinno być w wojsku; to nie kontrakt z narodowym funduszem powinien decydować o poziomie wynagrodzenia, zabezpieczenia lekarza, lekarza funkcjonującego w obszarze służby zdrowia realizowanej przez MON. To musi być sytuacja, w której płaci się za gotowość bez znaczenia, czy wykonuje się określone czynności, czy nie; to nie ma znaczenia. Tak działa, tak funkcjonuje cały świat. My nie możemy patrzeć na to w ten sposób, że jeżeli coś stoi, stół nie operuje, coś nie działa, to znaczy, że są straty. Nie ma czegoś takiego, to jest inne funkcjonowanie.

Na koniec, kwestia szkolenia. Dla mnie było wielkim skandalem... mnie to boli, że w naszym kraju nie wyciągamy wniosków i nie pociągamy do odpowiedzialności ludzi, którzy podejmowali decyzje, między innymi te, dotyczące Łodzi. To rząd pana premiera Millera doprowadził do sytuacji, w której w 2001 r., może pan generał mnie poprawi, straciliśmy uczelnię. Wtedy była taka argumentacja, mamy trzystu lekarzy, za dużo, mamy nadprodukcję lekarzy wojskowych, a rok później okazało się, że już nie mamy, i teraz wracamy do tego, odbudujemy to.

Chwała panu generałowi, chylę czoła, bo pan generał bardzo pomógł łódzkiemu ośrodkowi, i bardzo wielkie podziękowanie dla pana ministra jako przełożonego. Udało się to, a nie ukrywam, że były pewne zapędy ośrodka na Szaserów, żeby to podgarnąć, żeby również działania przeddyplomowe podgarnąć do Warszawy. Chwała za to, bo Łódź bardzo potrzebuje tego ośrodka, i myślę, że wypełni wszystkie warunki, jeżeli uda się rozbudować dydaktykę. Ale potrzeba pieniędzy, te środki nie mogą się

pojawiać... No, budżet jest chyba na poziomie 50 milionów zł i w budżecie cały czas brakuje... My nie możemy tego robić przez dziesięć lat, musimy to zrobić szybko i dobrze, i naprawdę musimy pokazać, że warto inwestować w siebie i że armia będzie inwestować w lekarzy wojskowych.

Pamiętajmy o tych relacjach, zmienmy konfigurację myślenia o podejściu do wynagrodzenia, do szkolenia, stwórzmy również pewne zabezpieczenia wewnętrzne. Jeżeli nie będziemy dawać szerokiej oferty, w której ta specjalizacja będzie bardziej wojskowa... Ten lekarz będzie musiał się w tym poruszać, ale będzie zadowolony z tego, że określone środki pozwalają mu na to, żeby z rodziną normalnie funkcjonować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję, Panie Senatorze.
Pan senator Maciej Klima, proszę.

Senator Maciej Klima:

Panie Przewodniczący, Panowie Ministrowie, Panie Generale, na samym wstępie chciałbym powiedzieć, że cenię sobie niezmiernie profesjonalizm, fachowość wojskowej służby zdrowia. Pan generał wspomniał, że wielu oficerów lekarzy obecnie ma możliwość szkolenia się w cywilnych placówkach. Ja miałem okazję także zdobywać ostrogi w wojskowym szpitalu w Krakowie, będąc pracownikiem szpitala uniwersyteckiego, i powiem, że bardzo sobie cenię właśnie możliwość praktycznego podejścia do wielu zagadnień.

Ale chciałbym zadać kilka konkretnych pytań. Jesteśmy na etapie profesjonalizacji armii. Ta profesjonalizacja zakończy się w ciągu dwóch czy trzech lat według słów pana ministra. Pan generał mniej więcej powiedział, jak to widzi, ale chciałbym usłyszeć, jakie są plany ministerstwa na najbliższe dwa, trzy lata, żeby ten obraz służby zdrowia, opieki zdrowotnej, który utrzymaliśmy, w jakiś sposób w miarę szybko, w ciągu tych dwóch czy trzech lat, zmienić. To jest pierwsze pytanie.

Drugie kwestia dotyczy zagadnień sensu stricto wojskowych. Interesują mnie jednostki – ewentualnie też działania służby zdrowia – które będą się zajmowały chorobami zakaźnymi, bronią chemiczną, ewentualnie innymi zagrożeniami, które zawsze powinny pozostać w gestii.

Chciałbym wyrazić też swoją opinię, że jestem przeciwny komercjalizacji, prywatyzacji czy grze ekonomicznej placówek wojskowej służby zdrowia. W wielu krajach kapitalistycznych, gdzie służba zdrowia jest już sprywatyzowana, skomercjalizowana, szpitale wojskowe działają na zupełnie innych zasadach. Tak jak wspomniał kolega senator, te placówki są przygotowane na zagrożenia, te placówki funkcjonują i są dotowane przez Ministerstwo Obrony Narodowej. Wydaje mi się, że włączanie tych kilku bardzo dobrych szpitali do gry ekonomicznej z pozostałymi jest czymś niewłaściwym.

Takie jest moje zdanie i wydaje mi się, że taki pogląd będzie reprezentował też mój klub. Służba zdrowia w wojsku powinna być poddana tylko kontroli wojskowej, nie powinna podpisywać kontraktów z placówkami takimi jak Narodowy Fundusz

Zdrowia. Oczywiście będzie mogła świadczyć usługi, ale generalnie powinna być samodzielna i niezależna. Dziękuję.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję panu senatorowi.

Czy ktoś z kolegów, zanim przystąpimy...

(*Senator Maciej Grubski: Można jeszcze?*)

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Maciej Grubski:

Zapomniałem o jednej sprawie i chciałbym to uzupełnić. To dotyczy też kwestii, o której mówił pan generał. Pan generał powiedział w ten sposób: mamy problemy, jesteśmy źle oceniani, jeżeli chodzi o pozyskiwanie środków unijnych. Wy nie powinniście się interesować środkami unijnymi, to nie jest wasz problem. Po co tworzyć komórki do tego, żeby przygotowywać wnioski, oceniać, stresować się. Powinniście funkcjonować doposażeni i być na kompletnie innych zasadach.

Jeżeli udałoby się z tego spotkania, co jest bardzo ważne... Mamy przedstawicieli pana prezydenta, i to jest też bardzo ważne. Ważne, gdyby wyszła stąd myśl, która być może dzisiaj nie zakiełkuje konkretnym zapisem ustawowym... Ale panowie przekażą panu premierowi taką informację, że ten model musi się zmienić. Nie da się już poprawić pewnych rozwiązań jednym rozporządzeniem czy jedną ustawą. Fundusz powinien kontraktować wszystkie usługi, które dotyczą cywili, a wszystkie sprawy dotyczące armii powinniśmy...

Tylko jedna uwaga w odniesieniu do tego, co powiedział pan senator. Nie wiem, czy te szpitale w pełnej formule... być może one w całej strukturze nie do końca się nadają, żeby je utrzymać po stronie armii, bo nie wszystkie elementy mają potrzebne. Być może powinna być wydzielona część, część powinna funkcjonować zewnętrznie, ale jądro tego szpitala, które MON określa jako niezbędne do szybkiego reagowania w przypadku pewnych zachowań, powinno znajdować się pod bezpiecznym parasolem środków budżetowych Ministerstwa Obrony Narodowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę bardzo, kto jeszcze chciałby... Widzę, że jeszcze pan senator Klima.

Senator Maciej Klima:

Tak, kilka uwag z Małopolski. Zaobserwowałem, że jeśli chodzi o ratownictwo medyczne, pan generał wspominał o tym, to w pewnym stopniu się to dubluje. Na przykład na lotnisku w Balicach istnieje jednostka Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i istnieje też wojskowa jednostka służby zdrowia, która funkcjonuje niezależnie. Moje pytanie brzmi tak, czy w takiej sytuacji ta wojskowa jednostka ratownicza nie mogłaby w wielu wypadkach interweniować na rzecz cywilnej. Ona była, powiedzmy, przypisana w sytuacji... ja wiem, że to było lotnisko wojskowe i była sytuacja szcze-

gólna. Ale dla mnie było to troszeczkę dziwne, że na tym samym lotnisku istniały dwie jednostki organizacyjne spełniające te same zadania.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Czy pan senator skończył?

(*Senator Maciej Klima: Tak.*)

Jeszcze poproszę przedstawiciela Biura Bezpieczeństwa Narodowego...

(*Pełniący Obowiązki Szefa Zespołu do spraw Kontaktów z Ministerstwem Obrony Narodowej w Departamencie Systemu Obronnego w Biurze Bezpieczeństwa Narodowego Jerzy Słowik: Panie Przewodniczący, dziękuję za możliwość zabrania głosu, ale nie będę się wypowiadał.*)

Dziękuję bardzo.

Konwent Dziekanów...

**Dziekan Korpusu Oficerów Zawodowych Ministerstwa Obrony Narodowej
w Konwencji Dziekanów Korpusu Oficerów Wojska Polskiego**

Marian Babuśka:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za możliwość zaprezentowania opinii środowiska wojskowego na temat funkcjonowania zabezpieczenia medycznego w siłach zbrojnych.

O bolączkach dotyczących wojskowej służby zdrowia było już tutaj mówione. Przede wszystkim przedstawił to bardzo dokładnie pan minister Piątas, który zna tę problematykę. Środowisko wojskowe uważa, że problemy zaczęły się wtedy, kiedy zniknęła branżowa kasa chorych służb mundurowych, a przede wszystkim kiedy była wyodrębniona wojskowa służba zdrowia, i te problemy są do dzisiaj.

W piśmie do pana przewodniczącego z dnia 16 czerwca pozwoliłem sobie wyspecyfikować, jakie problemy ma kadra zawodowa. Nie chciałbym ich powtarzać, bo one powtórzyły się dzisiaj całkowicie. Środowisko wojskowe uważa, że te problemy muszą być rozwiązane. Środowiska wojskowego nie interesuje, jakie problemy ma wojskowa służba zdrowia, oni chcą się oddać służbie i chcą być zabezpieczeni pod każdym względem, jeżeli chodzi o system opieki zdrowotnej.

Konwent Dziekanów wysłuchał strategii rozwoju wojskowej służby zdrowia prezentowanej przez szefa wojskowej służby zdrowia, i z wielką atencją stwierdzamy, że ten kierunek, który prezentuje i przedstawia pan generał, jest zbieżny z oczekiwaniami kadry zawodowej. To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję, Panie Pułkowniku.

Patrzę w kierunku pana ministra, jednego i drugiego. Padły pytania panów senatorów, proszę o odpowiedzi. Który z panów chciałby zabrać głos...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę bardzo, pan minister Piątas.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej
Czesław Piątas:

Panie Przewodniczący, dziękujemy bardzo za pytania i wypowiedzi, bo one świadczą o tym, że troska o zdrowie naszych obywateli, bo przecież żołnierze są także obywatelami, jest nam wszystkim bliska i że chcemy znaleźć dobre rozwiązania.

Bardzo mi odpowiada propozycja pana senatora, taka, że fundusz kontraktuje i płaci za wszystko, co jest realizowane na rzecz naszych obywateli, bo poprzez wojskową służbę zdrowia chcemy budować także więź ze społeczeństwem, z obywatelami. Szanowni Państwo, my nie będziemy mieć żołnierzy z poboru, będzie tylko służba zawodowa. A to, co się mówi o wojsku, o mundurze, wynika także w dużej części z opinii, jaką pacjenci wynoszą ze szpitali.

Za wojskowe zdolności płaci minister. Chcę też powiedzieć, że i w ministerstwie musimy się pochylić nad tym problemem i zastanowić się, może użyję zbyt dużej przenośni czy porównania, czy kupić jeszcze jeden myśliwiec bombardujący czy przeznaczyć więcej pieniędzy na inne elementy. Byłem szefem sztabu generalnego przez prawie sześć lat i cały czas przyświecała mi taka idea, że w budowie sił zbrojnych trzy części składowe muszą być równoważne. Ta, która walczy, ta, która zabezpiecza bojowo, czyli saperzy, chemicy i inni, i ta, która wspiera logistyczne. Bez tej ostatniej, logistyki i medycyny, nie ma zdolności bojowej do działania i to jest też jak gdyby nasza wewnętrzna praca.

Chcę Wysokiej Komisji powiedzieć, że pan generał Wiśniewski przedstawił panu ministrowi pewne założenia zmian, o których konwent już wspomniał, ale przedstawilibyśmy je dopiero po akceptacji. Jedną z nich jest taki zamiar, żeby nie trzymać wszystkiego, co jest obecnie w wojskowej służbie, ale żeby się skoncentrować na pewnej liczbie tych, które są nam bardzo potrzebne, tych, które są potrzebne do realizacji zadań wojskowych, a żeby pozostałe, te, które byłyby zbędne, poddać zjawiskom dotyczącym wszystkich jednostek, wszystkich SPZOZ.

Musimy pamiętać o tym, że wojskowa służba medyczna ma dodatkowe zadania, dodatkowe świadczenia, musi być gotowa do ich podjęcia. No, jest pytanie, czy tylko minister ma za nie płacić. Nasza armia jest jedną z niewielu armii w NATO, w której żołnierz nie dostaje bezpłatnie leków. Są takie armie na świecie, że to jest. Kiedyś powiedziano, że to są nasze dodatkowe przywileje, i zabrano je. My dosyć mocno się różnimy. Nie mamy służby stomatologicznej, pan generał proponuje przywrócenie tego, jesteśmy za tym, pan minister obrony jest za tym. Czyli następuje odbudowywanie tych elementów, które powinny być.

Chcę też powiedzieć Wysokiej Komisji o bardzo ważnej sprawie, jaką jest służba krwi. My musimy ją mieć, ona nie może zarabiać, musi być budżetowa. Kiedyś od szefa sztabu Izraela dostałem pytanie, na jakim szczeblu pomocy medycznej robimy transfuzję. Powiedziałem, że na szczeblu brygady, dywizji, że tam jest lekarz. U nich jest to w batalionie, jest niżej. Ale armia izraelska jest armią, która walczy codziennie, my nie mamy może takich potrzeb, chociaż obecnie misje to wymuszają.

Musimy także znaleźć środki finansowe na zakup urządzeń zabezpieczających nam badania takie jak rezonans magnetyczny, urządzeń, które będzie można wywieźć na misje w kontenerze, żeby można było stwierdzić po przywiezieniu rannego, czy nadaje się on do transportu, czy nie, żeby nie było dużego ryzyka i wielu innych elementów. Wprowadzone jest wiele nowości, które powodują, że nasz lekarz i nasz ratownik

na misjach poza granicami kraju mają lepsze narzędzia do oddziaływania, mają bardzo nowoczesne narzędzia. One są drogie, ale dają większą gwarancję funkcjonowania, a więc jest postęp.

Bardzo zależałoby nam na tym, żeby specjalizacja w tych czterdziestu obszarach, o których mówił pan generał, mogła być realizowana przy kierowaniu przez nas, przez wojskową służbę zdrowia. Ale bardzo zależy nam na tym, żeby współpraca z innymi jednostkami medycznymi, cywilnymi ośrodkami akademickimi była bardzo szeroka, bo to umożliwi dopływ wiedzy, a dzisiaj bez wiedzy nie ma postępu. A więc nasze szpitale kliniczne, szpitale akademickie... ta współpraca dzisiaj jest bardzo głęboka i bardzo dobra, i na tym nam bardzo zależy. Jestem przekonany, że jeżeli uruchomimy w Łodzi możliwość szkolenia studentów wojskowych od pierwszego roku, to będzie to dobre rozwiązanie, które zapewni nam stabilizację w zakresie doboru i dopływu kadr. To wszystko, co chciałem powiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Stanisław Zajac:

Dziękuję bardzo.

Czy Ministerstwo Zdrowia chce uzupełnić...

Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber:

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, Panie Generale, Wysoka Komisjo, krótko, na zasadzie podsumowania. Sądzę, że te elementy, które zostały wymienione, czyli to nakładanie się dwóch systemów, wojskowej służby zdrowia, która jest dedykowana osobom cywilnym, i zadań wojskowych, musi zostać uporządkowane, jeżeli chodzi o sposób finansowania. Są to różne zadania i różne źródła finansowania. Dopóki tego nie uporządkujemy i finansowanie oraz zadania nie będą dokładnie zdefiniowane, to zawsze będą wątpliwości.

Również taka konstatacja, że wojskowa służba zdrowia chyba zawsze będzie pełniła zarówno funkcję cywilną, jak i funkcję wojskową. Tego nie da się oderwać od siebie chociażby dlatego, że liczba zdarzeń, które dotyczą wojskowych, jest mniejsza. A więc zdobywanie doświadczenia, wykonywanie określonej liczby świadczeń jest jakby związane z tą częścią cywilną.

Chciałbym nawiązać do początku swojej poprzedniej wypowiedzi. Jako Ministerstwo Zdrowia mamy świadomość, że są to jednostki specjalnego przeznaczenia, o specjalnej funkcji, w związku z tym nie dążymy do urynkowienia. To są jednostki, które w naszym przekonaniu mają pozostać jednostkami budżetowymi lub zakładami budżetowymi, i to dotyczy zarówno szpitali, jak również Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Kwestia wyceny procedur. Mijemy świadomość tego, że to jest początek wdrażania nowego systemu i te problemy, o których państwo tutaj powiedzieli, dotyczą zarówno cywilnej, jak i wojskowej służby zdrowia i są przedmiotem pracy, analiz i poprawiania. Mamy świadomość, że ten system nie jest doskonały, ale nie da się go inaczej wdrożyć niż przez pewnego rodzaju prace i ciągłe doskonalenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Stanisław Zajac:

Dziękuję bardzo.

Pan generał, proszę bardzo.

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia

Andrzej Wiśniewski:

Pytań było sporo i pewne rzeczy zostały już powiedziane. Chciałbym może trochę zawęzić i uściślić. Chciałbym też podziękować Ministerstwu Zdrowia za to, że przez ten czas, gdy rozmawiamy na temat tych zmian, jest duża przychylność. Dziękuję. Szczególnie jeśli chodzi o Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, jest niesamowita... mamy nawet, z czego się cieszymy, odpowiedź co i jak rozwiązać, jeśli chodzi także o specjalizacje; zresztą ta koncepcja została tam przekazana.

Jesteśmy też, jak to się mówi, tą częścią cywilną, użytkownikami, bo wszyscy żołnierze też płacą podatki na Narodowy Fundusz Zdrowia. I wydaje mi się, że dobrze, że nasze szpitale są otwarte. Ale sprzedajemy te usługi, które możemy sprzedać, więc likwidujemy niektóre oddziały. Tak że większość oddziałów pediatrii i ginekologii czy położnictwa została w zasadzie zlikwidowana. Dostosowaliśmy, tak jak mówiłem, wszystkie szpitale w taki sposób, żeby to były ośrodki leczenia urazów wielonarządowych, chodzi o oddziały ratunkowe.

Zaczęliśmy o pieniądzach w Krakowie, to jest taki przykład. No, zamknięto na jakiś czas ten oddział, ale z racji potrzeb i wojewoda... porobiliśmy pewne zmiany i wydaje mi się, że teraz jest on otwarty. Jeśli to możliwe, to wojsko służy i tych oddziałów nigdy nie będziemy zamykać. To była trochę taka gra z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale chodzi o uczciwe traktowanie pewnych spraw.

Jeśli chodzi o specyfikę wojskowej służby zdrowia, to my ją mamy, bo mamy wiele jednostek, które są bezpośrednio nam podporządkowane. Jest Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP, gdzie mamy odpowiednie zespoły do likwidacji skażeń, mamy zakupione nowoczesne zestawy na wypadek kontaminacji, nawet przyjechali ze Stanów Zjednoczonych, aby je przedstawić, i na tym się szkolą, a więc jesteśmy na bieżąco i na topie, jak to się mówi. Mamy wyjazdowe zespoły rozpoznania biologicznego, które w każdej chwili... są one oparte na wojskowych ośrodkach medycyny prewencyjnej, często wyjeżdżają na misje, gdzie pobiera się wyniki. Więc ta część jest jak gdyby wydzielona.

Oprócz CRESZ i WOMP mamy laboratoria drugiego i trzeciego poziomu. Nie ma w Polsce laboratorium czwartego poziomu, ale w planach strategicznych do 2018 r. zaplanowaliśmy, że rozpoczniemy budowę laboratorium czwartego poziomu, bo jest to niezbędne, i kraje ościenne już je mają. Z informacji i z symulacji, jakie były prowadzone, wynika, że w przypadku skażenia, które można podrzucić w każdej chwili w związku z rozwojem terroryzmu, Czesi ani nikt w pobliżu nam tych badań nie robi, więc musimy zapewnić sobie badania wirusologiczne. Wydaje mi się, że to, co zostało w tym modelu przyjęte, ma szanse realizacji i rozwiąże pewne problemy, niemalże strategiczne.

My się nie silimy, że chcemy robić wszystko. Dlatego zawęziliśmy liczbę specjalizacji do około czterdziestu. Część umiejętności... nasze programy będą poszerzone o tę wiedzę, która cywilnym lekarzom nie jest potrzebna, a nasi muszą to umieć. Z drugiej strony, przygotowując się do misji, które są dla nas, powiedziałbym, pewnym

wyzwaniem, musimy gdzieś przygotowywać lekarzy, stąd niezbędne są możliwości dużej operatywy, leczenia wszystkich przypadków. Jest to wyjątkowe szczęście, że mamy szpitale otwarte i tak możemy robić, ale pozostaje kwestia wyliczenia procedur, a jak mówię, wyniki finansowe są nie najgorsze. Wydaje mi się, że jest szansa na poprawienie przygotowania lekarzy dzięki stworzeniu centrum kształcenia podyplomowego, bo to będzie zarówno baza łóżkowa, jak i baza edukacyjna.

Jeśli chodzi o sprawy bieżące, związane z poprawieniem bezpieczeństwa naszych żołnierzy, to jest to działanie wielokierunkowe. Jest modernizacja sprzętu, co jest zaplanowane na wiele lat, ale pewne owoce już są, bo wprowadziliśmy medyczne wojskowe pojazdy opancerzone typu Rosomak WEM, cztery już są w Afganistanie. Muszę powiedzieć, że Amerykanie tylko tydzień wcześniej wprowadzili u siebie takie wozy, my jako drudzy, nasze były tydzień później, ale co do jakości, środka i przygotowania tych pojazdów, to opinia jest bardzo pozytywna, taka, że są lepsze. Możemy tylko podziękować, że nasz przemysł pewne rzeczy tak zrobił. Następnym razem będzie jeszcze w tym roku, a więc jakieś bezpieczeństwo będzie zapewnione.

Idziemy w kierunku konteneryzacji, mamy już jeden ze szpitali polowych tego typu na dużych... Ale to jeszcze nie spełnia wszystkiego, potrzeby są bardzo duże. Zobowiązania natowskie i europejskie wymuszają, że musimy iść w kierunku takich ruchomych środków. I tak jak są możliwe fundusze... Jak powiedziałem, na dziesięć lat pewne działania zostały rozpisane.

Staramy się unowocześnić sprzęt techniki polowej, a z drugiej strony chcemy zabezpieczyć kadrę pod względem zdrowotnym. Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpiecza bardzo dużo, ale nie wszystko. Chcielibyśmy między innymi wrócić do spraw dyspensaryzacji, opieki w przypadku kilkunastu chorób, które są najczęściej spotykane w wojsku. Mamy szansę to wprowadzić od przyszłego roku. Finansowanie jest przygotowane, pozostaje kwestia akceptacji na najwyższym szczeblu.

Chcemy także wprowadzić leczenie stomatologiczne, z implantami włącznie, ale to dla grupy pilotów, bo nowoczesny samolot kosztuje olbrzymie pieniądze, a jak ktoś przez ból zęba ruszy drążek, to można nie zdążyć nic więcej zrobić. Są opisywane w historii wojskowości takie przypadki, że z tego powodu ginęli ludzie i sprzęt. Uważamy, że musimy to zapewnić. Mamy także bieżące doświadczenia, że z dalekich misji, z Iraku, z Afganistanu często musimy przywieźć ludzi, którzy mają fatalne uzębienie. Nie da się tego wyleczyć za to, co daje fundusz zdrowia, on zabezpiecza tylko dwa przednie górne i dolne zęby, a pozostałe uzębienie... szczególnie w tamtym klimacie, oni mają inne środki do czyszczenia, ma to olbrzymi wpływ i są stany zapalne.

To rzutuje na dalsze postępowanie, dlatego musimy mieć ośrodek do diagnostyki po powrocie, orzeczenia lekarskiego; dzięki temu niektórzy mogą mieć bezpłatne leczenie przez całe życie. Jest to już udokumentowane, możliwe dla tych, którzy mieli uszczerbki na zdrowiu podczas służby, i ten kierunek musi być zachowany. Chcemy, żeby oprócz tego dalej było bezpłatne leczenie żołnierzy podczas ćwiczeń, poligonów oraz misji, bo uważamy, że armii zawodowej coś trzeba dać, każdy dobry zakład stara się zadbać o swoich ludzi.

Mamy również zdrowotne programy profilaktyczne, niektóre już się rozpoczęły, inne są wprowadzane w latach 2009 i 2010. Wydaje mi się, że one już zaczynają poprawiać sytuację, jeśli chodzi o choroby układu krążenia, choroby urologiczne, nowotwory gruczołu krokowego. A więc jest szeroka gama.

I jeszcze jedna kwestia, może śmieszna dla niektórych. Chodzi o zwykle szczepienia ochronne. Ze względu na zbiorowość wojska ta sprawa musi być inaczej traktowana, a trzeba powiedzieć, że było totalne nieporozumienie w tej kwestii. Wiadomo, że w przepisach ogólnokrajowych szczepienie na grypę jest szczepieniem zalecanym, ale nie obowiązkowym. Trudno jednak w naszym przypadku... No, będziemy mieli grypę i jeden żołnierz, bo nie będą zaszczepieni, wyłoży cały sztab, nawet generalny, czy inne stanowisko dowodzenia, nie mówiąc o kompaniach ochrony, które muszą być wartownicze. Uważamy, że nie należy od tego płacić podatku, a różne urzędy skarbowe różnie to tłumaczyły, mówiąc, że to jest bonus i żołnierz ma zapłacić, i dlatego nie zaszczepiło się trzydzieści tysięcy żołnierzy. Niektórych szczepień nie ma w kalendarzu, a my musimy je dać, bo żołnierze wyjeżdżają na misje. Nie mamy takich potrzebnych szczepionek i musimy dopracować swój kalendarz; jest przychyłność Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

Myślę, że jeżeli tak dalej pójdzie, to wiele spraw uda nam się wyprostować. Program jest, tylko potrzeba na to czasu, przychyłności państwa, akceptacji tych zmian. To, co jest obecnie robione w zakresie służby zdrowia, to jest nie tylko olbrzymie wyzwanie, lecz także wprost karkołomna robota. A my musimy się w tym odnaleźć, żeby zabezpieczyć to, co najważniejsze, tego żołnierza. Jest to szczególnie ważne przy armii profesjonalnej, która nie będzie z przymusu, tylko pójdzie tam, gdzie będą zapewnione warunki, a żołnierz musi mieć zapewnione bezpieczeństwo. Dlatego idziemy w kierunku modernizacji sprzętu, jak i takiej budowy jednostek, które dają szansę na funkcjonowanie nowoczesnej armii.

Przewodniczący Stanisław Zając:

Dziękuję panu generałowi. Dziękuję wszystkim, którzy zabierali głos, dziękuję naszym gościom i panom senatorom.

Gdy czytałem te dokumenty, które wszyscy mamy przed sobą, stan systemu zabezpieczenia zdrowotnego w siłach zbrojnych wydał mi się bardziej pochmurny, to takie delikatne określenie, ale z tych wypowiedzi wynika, że ten kierunek zmian następuje. Żeby to poczucie poprawy czy lepszego zabezpieczenia systemu zdrowotnego miało miejsce, proponuję kolegom senatorom, abyśmy przyjęli do wiadomości te informacje naszych gości, i będziemy monitorować wydarzenia, które będą miały miejsce w zakresie służby zdrowia w siłach zbrojnych. Jeżeli będą sygnały, że możemy pomóc czy wesprzeć wasze działania, to z pewnością nasza komisja nie pozostanie obojętna. Jeżeli nie będzie głosów sprzeciwu ze strony moich kolegów, to przyjąlibyśmy takie rozstrzygnięcie.

Dziękuję gościom za udział w dzisiejszym posiedzeniu. Dziękuję panom senatorom.

Prosiłbym jeszcze o uzupełnienie porządku naszego posiedzenia o sprawy różne, które sprowadziłyby się do takich króciutkich informacji. Mianowicie chodzi o naszą wizytę studyjną w Łasku. Pierwotnie mieliśmy tam być czternastego, rozmawiałem przed momentem z panem generałem Czabanem, który mnie poinformował, że oczywiście będzie akceptowany termin dogodny dla komisji. Jest tylko prośba do sekretariatu, abyśmy jeszcze dzisiaj wysłali pismo z informacją, że w związku z posiedzeniem Senatu i koniecznością odbycia nieprzewidzianego posiedzenia komisji 14 października ten termin, o który prosiliśmy, prosiliśmy, aby był dla nas zagwarantowany, jest nieaktualny. Prosiłbym, aby znalazły się w tym piśmie także słowa kurtuazji.

Jeśli chodzi o kwestie związane z najbliższym programem, to koledzy będą zaproszeni na posiedzenie Komisji Obrony Narodowej 14 października, na godzinę 18.00, żeby to było dogodne, bo mamy posiedzenie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Razem z Komisją Spraw Zagranicznych. Chodzi o rozpatrzenie w trybie pilnym ustawy o ratyfikacji protokołu do traktatu północnoatlantyckiego, chodzi o Albanie. I analogicznego, jeśli chodzi o Chorwację. Jest to kwestia formalności, ale musimy to odbyć. Proszę, żeby wszyscy koledzy byli. Mnie nie będzie na najbliższym posiedzeniu z uwagi na Azerbejdżan, z polecenia pana marszałka Borusewicza... Rozmawiałem z panem senatorem Górskim, który powiedział, że w porozumieniu z kolegami poprowadzi to posiedzenie komisji.

I ostatnia prośba do państwa. Mianowicie, chodzi o przygotowanie czy zgłoszenie propozycji do planu pracy na przyszły rok. Do stycznia jesteśmy jakby zabezpieczeni, ale mówię o tym z takim ogromnym wyprzedzeniem, aby pojawiały się pomysły czy sugestie kolegów senatorów, bo to nam pozwoli zbudować spójny plan pracy na kolejne posiedzenia.

Czy są jeszcze jakieś sprawy różne, które chcielibyśmy poruszyć... Nie.

Jeszcze raz dziękuję naszym gościom.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 32)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851