



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Obrony Narodowej (52.)
w dniu 8 maja 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Obrony Narodowej na temat systemu opieki zdrowotnej w resorcie obrony narodowej.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Jarosław Rusiecki)

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Witam bardzo serdecznie wszystkich państwa na posiedzeniu senackiej Komisji Obrony Narodowej.

Tematem dzisiejszych obrad jest informacja ministra obrony narodowej na temat systemu opieki zdrowotnej w resorcie obrony narodowej.

Bardzo serdecznie witam na posiedzeniu pana ministra Wojciecha Skurkiewicza, sekretarza stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej. Witam panią dyrektor Aurelię Ostrowską, dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia – witam, Pani Dyrektor. Pana profesora, generała nie ma... Jest pan Stefan Antosiewicz, główny specjalista – witam pana pułkownika. Witam pana Mariusza Świderskiego, głównego specjalistę – witam, Panie Pułkowniku. Witam pana Jarosława Wójtowicza, zastępcę dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia – witamy, Panie Dyrektorze. Witam pana Ireneusza Makulskiego, szefa Oddziału Nadzoru w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia – witam serdecznie, Panie Pułkowniku. Witam państwa senatorów, panią minister. W sposób szczególnie chciałbym na dzisiejszym posiedzeniu powitać – po raz pierwszy – pana senatora Michała Potocznego, który dołączył do naszej komisji. Tak że witam pana profesora. Witam wszystkich państwa.

Myślę, że temat wojskowej służby zdrowia od dawna interesował komisję. Zdecydowaliśmy się, jeśli chodzi o plan tegorocznej pracy komisji, na to, aby zwrócić się z prośbą do ministra obrony o przedstawienie informacji w tej sprawie. Stąd to zagadnienie będzie dzisiaj omawiane.

Bardzo proszę pana ministra Wojciecha Skurkiewicza o wprowadzenie do tej informacji.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i za kolejną możliwość spotkania się z senacką Komisją Obrony Narodowej. Aby nie przedłużać, powiem od razu, że fachowcami w tej dziedzinie są osoby, które mi towarzyszą: pani dyrektor Aurelia Ostrowska, dyrektor Departamentu

Wojskowej Służby Zdrowia, jak również osoby, które towarzyszą pani dyrektor. Mamy dla państwa przygotowaną prezentację, którą pokażemy. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to oddajmy głos pani dyrektor Ostrowskiej. Jeżeli będą pytania ze strony państwa posłów, to jesteśmy...

(Głos z sali: Senatorów.)

Przepraszam. No widzicie, 2 lata i jaka zmiana...

(Wesołość na sali)

Jesteśmy do dyspozycji państwa senatorów i będziemy starali się odpowiedzieć na wszystkie nurtujące państwa pytania.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

I oddaję głos pani dyrektor.

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Aurelia Ostrowska:

Szanowni Państwo! Panie Przewodniczący! Pani Minister! Panie Ministrze!

Zakres prezentacji obejmuje zasadnicze elementy systemu wojskowej służby zdrowia: potencjał wojskowej służby zdrowia, jego funkcjonowanie, a także wyzwania i kierunki rozwoju, czyli to, co chcemy zrobić w tym roku i w latach następnych. O przedstawienie prezentacji poproszę pana pułkownika Stefana Antosiewicza.

Główny Specjalista w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Stefan Antosiewicz:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Państwo Ministrowie! Szanowni Państwo!

Jak pani dyrektor wspomniała na wstępie, prezentacja składa się z takich właśnie 3 części. Gdybyśmy chcieli zdefiniować, czym w zasadzie jest wojskowa służba zdrowia i jaka jest jej misja... My tę misję rozumiemy jako pewne połączenie elementów zabezpieczenia medycznego wojsk i tego, co wojskowa służba zdrowia robi w ogóle w systemie opieki zdrowotnej w kraju. I tak mniej więcej ta definicja się przedstawia.

Najbardziej istotne elementy, takie zasadnicze podsystemy systemu zabezpieczenia medycznego – zgodnie z tym, jak rozumie ten system Sojusz Północnoatlantycki – to oczywiście kierowanie służbą, diagnostyka i leczenie, tzw. poziomy zabezpieczenia medycznego, medycyna prewencyjna, bowiem wojskowa służba zdrowia, jej 2 główne filary to, z jednej strony, medycyna naprawcza, a z drugiej strony szeroko rozumiana prewencja, w tym tzw. *medical intelligence*, czyli rozpoznanie medyczne, a także zaopatrywanie medyczne oraz ewakuacja medyczna. Gdybyśmy to graficznie przedstawił, uzupełnili o elementy właściwe dla naszej krajowej wojskowej służby zdrowia, w grę wchodziłyby jeszcze nadzór właścicielski, kształcenie, pielęgniarstwo wojskowe, działalność naukowo-badawcza, a także orzecznictwo i psychologia wojskowa, co nie jest wyjątkiem w Polsce – w większości państw NATO jest ona elementem wojskowej służby zdrowia.

System, o którym wspominałem, ma pewne poziomy. W działaniach Sił Zbrojnych są 4 poziomy zabezpieczenia medycznego, co wynika ze standardów Sojuszu Północnoatlantyckiego. W takim ujęciu klasycznym poziom 1 to jest to wszystko, co jest opieką przedszpitalną, poziom 2 stanowią elementy mniej lub bardziej mobilne, takie mniejsze szpitale polowe, poziom 3 to działania na szczeblu dywizji, korpusu czy też cały teatr działań – obecnie rozwijany jest jedynie w działaniach ekspedycyjnych – a poziom 4 to szpitalna baza w kraju. Mogą to być szpitale wojskowe. W niektórych państwach takich szpitali nie ma, szczególnie w tych mniejszych, ale w większych w większości przypadków są. Przedstawiając to formie aktualnej doktryny zabezpieczenia medycznego... Tu widzimy tę koncepcję w ujęciu modułowym – na poszczególnych poziomach jest coraz większa liczba modułów, możliwości klinicznych. Faza przedszpitalna to właśnie ten element... Lekarze w wojskowej służbie zdrowia powinni być już od pierwszego poziomu zabezpieczenia medycznego.

Tutaj mamy definicje poszczególnych poziomów zabezpieczenia medycznego, których, szanując państwa czas, nie będę czytał. To ilustruje te wzrastające możliwości zabezpieczenia medycznego, szczególnie w zakresie zabiegowym i opieki pooperacyjnej.

Jeśli chodzi o aktualny potencjał, jakim polska wojskowa służba zdrowia dysponuje, to można go, najogólniej rzecz biorąc, podzielić na elementy właściwe dla medycyny polowej i dla medycyny stacjonarnej. To jest oczywiście podział niezwykle uproszczony. Elementy medycyny stacjonarnej w ujęciu typowo wojskowym są rozmieszczone w tzw. obwodach profilaktyczno-leczniczych.

Instytucje i komórki organizacyjne odpowiedzialne za cały system, jak widać na tym slajdzie, są dość różnorodne i są na szczeblu urzędu ministra, dowództwa generalnego, inspektoratu wsparcia, który podlega dowództwu generalnemu, i dowództwa operacyjnego. Zdaniem dyrekcji Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia obszary kompetencyjne tych instytucji będą wymagać w najbliższym czasie uporządkowania, tak aby służba ta stanowiła jeden spójny system. Gdybyśmy chcieli przyrzeć się temu, jakie elementy, jakie jednostki medyczne podlegają obecnie danym instytucjom, dowództwom, okazałoby się, że takim dużym, głównym, można powiedzieć, udziałowcem, jeśli

chodzi o medycynę polową, jest dowództwo generalne, któremu podlegają szpitale polowe w liczbie 2, grupy zabezpieczenia medycznego i elementy organiczne zabezpieczenia jednostek wojskowych. W tymże dowództwie w inspektoracie wsparcia funkcjonuje, oprócz najważniejszej komórki, czyli Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia, szefostwo służby zdrowia, któremu z kolei podlega element tzw. logistyki medycznej, czyli zaopatrywania medycznego, i ambulatoria z izbami chorych w ramach tzw. wojskowych oddziałów gospodarczych. To są budżetowe, publiczne zakłady opieki zdrowotnej... No, właściwie podmioty lecznicze. I Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi, które jest bazą szkoleniową dla tejże medycyny polowej, ale również takim zapleczem, infrastrukturą dla studentów wydziału wojskowo-lekarskiego, o czym jeszcze będę wspominać.

Istnieje tzw. potencjał czasu „W” – to są jednostki nowo formowane. One są formowane przez te elementy stacjonarne podległe zarówno departamentowi, jak i inspektoratowi wsparcia.

Jeśli chodzi o sam Departament Wojskowej Służby Zdrowia, to podlega mu lub jest przez niego nadzorowanych niemal 100 różnych jednostek, od bardzo dużych do bardzo małych. Jeśli chodzi o jednostki podległe mu bezpośrednio, to są nimi wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej, które są bazą dla szeroko rozumianej profilaktyki medycznej i dla naszych inspekcji – sanitarnej, weterynaryjnej i farmaceutycznej – jak również podsystem orzecznictwa wojskowo-lekarskiego z komisjami, centralną i rejonowymi, i, wreszcie, wojskowe pracownie psychologiczne w liczbie 36: centralna i 35 terenowych. A jeśli chodzi o jednostki nadzorowane przed departament, to jest to 48 jednostek samofinansujących się, w tym 3 instytuty, czyli Wojskowy Instytut Medyczny, który jest jednostką największą, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej – te dwa są również podmiotami leczniczymi – oraz Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii, który niedawno w swoim nowym swoim statucie określił, że może prowadzić działalność leczniczą, natomiast jeszcze nie jest podmiotem leczniczym, a ponadto szpitale kliniczne w liczbie 4, szpitale wojskowe, wojskowe szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne i 30 przychodni, a także Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa wraz z 8 stacjami terenowymi.

Jak wspominałem wcześniej, ten potencjał jest umieszczony w tzw. obwodach profilaktyczno-leczniczych. Co to jest obwód profilaktyczno-leczniczy? To jest pewien wydzielony obszar kraju, który obejmuje od 1 do nawet 4 województw, jeśli chodzi o podział administracyjny, na którym są rozmieszczone zakłady wojskowej służby zdrowia, ale również cywilnej – wydzielające łóżka dla wojska na czas „W”. Tutaj widzimy aktualny podział na te 8 obwodów profilaktyczno-leczniczych.

No, ten slajd jest może trochę nieczytelny, ale chyba widać, jak wiele jest tych placówek wojskowej służby zdrowia i jak one są rozmieszczone w poszczególnych obwodach profilaktyczno-leczniczych. Koncepcja obwodu profilaktyczno-leczniczego jest taka, że miejscem, w którym urzęduje komenda tegoż obwodu, jest wiodący szpital wojskowy. To zawsze jest szpital, w którym jest też kadra oficerska.

Jak wygląda kwestia budżetu na zadania wojskowej służby zdrowia, które są finansowane z poziomu centralnego? Tutaj nie są ujęte zadania tzw. medycyny polowej, tylko te, za które odpowiada Departament Wojskowej Służby Zdrowia. Tutaj widzimy porównanie budżetów z roku 2017 i roku 2018. Ta większa liczba w roku 2017 wynika z faktu większej liczby trwających inwestycji, o czym za chwilę. W 2017 r. kwota na inwestycje w ramach planu modernizacji technicznej, jak i planu inwestycji budowlanych wynosiła ponad 209 milionów zł. W tym roku mamy zaplanowane 150 milionów zł i to nie jest efekt jakiejś redukcji, tylko po prostu pewnego cyklu inwestycyjnego w ramach modernizacji podległych nam i nadzorowanych przez nas jednostek.

To są przykłady największych inwestycji zakończonych w 2017 r.: budynek radioterapii Wojskowego Instytutu Medycznego, supernowoczesny blok operacyjny w czwartym wojskowym szpitalu klinicznym we Wrocławiu, blok operacyjny w szpitalu w Wałczu i modernizacja szpitala w Krakowie. Wiele różnych inwestycji jest obecnie w trakcie realizacji.

Jeśli chodzi o wyniki finansowe, jakie osiągają nasze podmioty, to tutaj mamy zestawienie od roku 2014 do 2017, przy czym te liczby na górze oznaczają ogólną sumę przychodów naszych jednostek. Jak widać, jednostki wojskowej służby zdrowia są dość poważnym udziałowcem na rynku świadczeń zdrowotnych w Polsce – w 2017 r. suma ich przychodów zbliża się do kwoty 2 miliardów zł. Tutaj mamy wyniki podane w milionach złotych. One może nie w każdym roku są dodatnie, ale jeśli weźmiemy pod uwagę, jak wielką siecią, jak wielkim, można powiedzieć, koncernem jest wojskowa służba zdrowia, to zauważymy, że nasze zakłady radzą sobie na ogólnym tle naprawdę całkiem dobrze.

Tu jest wykaz zakładów, które wygenerowały stratę w ubiegłym roku. Są tam wdrażane programy naprawcze. Zastrzegam, że nie ujęto tutaj, tak jak na poprzednim slajdzie, szpitala w Ełku, który niestety musiał zostać zlikwidowany – zlikwidowany nie znaczy zamknięty, tylko połączony z 1 Wojskowym Szpitalem Klinicznym w Lublinie. To była jedyna szansa na to, żeby ten szpital uratować. Uważamy, że ze względów, powiedziałbym, operacyjno-strategicznych ten szpital jest potrzebny. Bardzo interesują się nim również nasi sojusznicy.

Kolejny slajd ilustruje stan realizacji tych inwestycji w postaci procentowego wskaźnika dostosowania do wymagań Ministerstwa Zdrowia, gdy chodzi o szpitale i przychodnie. No, on jest zróżnicowany, natomiast ogólny wskaźnik jest dosyć wysoki.

Jak przedstawiałem wcześniej, budżet na realizację zadań obejmuje zadania inwestycyjne i tzw. zadania pozostałe. Cóż one oznaczają? To są turnusy profilaktyczne dla weteranów, programy profilaktyczne, staże młodych lekarzy wojskowych i lekarzy dentyków, wydatki na kształcenie personelu zakładów leczniczych, dofinansowanie centrum krwiodawstwa, świadczenia zdrowotne dla weteranów – to niezwykle istotna pozycja – narodowy program zdrowia, w którym staramy się aktywnie uczestniczyć, a także zadania zlecone przez Ministerstwo Obrony Narodowej naszym zakładom. Jest to cały szereg różnych zadań: prace

naukowe, rozwojowe i drobniejsze, pozostałe zadania. No, kwoty wydatków w obydwu latach wyglądają stosunkowo podobnie, choć w tym roku jest pewien wzrost. To jest taka ilustracja tych najważniejszych zadań z grupy zadań pozostałych. Jak widać, ich spektrum jest dosyć szerokie.

Mówiąc o podmiotach wojskowej służby zdrowia, trudno się ograniczać li tylko do kwestii ekonomicznych. Bardzo ważne są ich zdolności – te zdolności, które mają szczególnie istotne znaczenie dla Sił Zbrojnych, dla systemu zabezpieczenia medycznego, o którym wspominałem na początku. Gdybyśmy wyodrębnili najważniejsze zdolności kliniczne... Jak widzimy, wszystkie szpitale wiodące obwodów profilaktyczno-leczniczych te zdolności posiadają, a dodatkowo część z nich posiada cały szereg innych możliwości, bardzo istotnych z punktu widzenia potrzeb Sił Zbrojnych, w tym np. lądowiska dla śmigłowców. Dodam, że w niektórych szpitalach są również bocznice kolejowe – dziś to może wydawać się pewnym zabytkiem z czasów minionych, ale Sojusz Północnoatlantyczny coraz bardziej interesuje się ewakuacją drogą lądową na większą skalę.

Nasze podmioty posiadają naprawdę liczący się potencjał dydaktyczny. Jeśli chodzi o specjalizację dla lekarzy i wojskowych, i cywilnych – specjalizacja jest tym najważniejszym elementem podnoszenia kwalifikacji – to posiadamy łącznie ponad 1 tysiąc 400 akredytowanych miejsc specjalizacyjnych w ponad 50 dziedzinach medycyny. Największym, powiedziałbym, udziałowcem w tym zakresie jest Wojskowy Instytut Medyczny, który ma właściwie ponad 40% tych miejsc, ale mają je także jednostki kliniczne we Wrocławiu, w Bydgoszczy czy Krakowie.

W każdej organizacji najważniejszym elementem są oczywiście ludzie. Liczba osób, pracowników cywilnych, którzy wykonują zawody medyczne w jednostkach wojskowej służby zdrowia – w różnych formach, czy to pracy etatowej, czy kontraktowej – wynosi ponad 8,5 tysiąca, a jeżeli chodzi o lekarzy wojskowych żołnierzy zawodowych to jest ich dzisiaj 735, jak wynika z ostatnich obliczeń. Czy to dużo, czy to mało? W stosunku do liczby etatów, których jest ponad 1 tysiąc 200, to jest to liczba zdecydowanie niewystarczająca – nadal mamy sporo wakatów. Ale ten problem, szczególnie kadr lekarskich, nie jest wyłącznie problemem Polski – praktycznie wszystkie państwa NATO mają ten kłopot. Ostatnia ocena kwestionariusza planowania zdolności obronnych dokonana przez Kwaterę Główną wskazuje, że tylko 4 spośród 28 państw nie mają większych problemów, jeśli chodzi o obsadę lekarską. Co pozytywne, w ostatnim roku po raz pierwszy nie zmniejszyła się, a lekko zwiększyła, liczba lekarzy wojskowych. Te kadry to oczywiście nie tylko lekarze, ale i ratownicy medyczni – bardzo dynamicznie powiększająca się grupa, która jest właściwie podstawą zabezpieczenia medycznego na poziomie taktycznym w opiece przedszpitalnej – oraz pielęgniarzy wojskowe, lekarze weterynarii, farmaceuci i inni specjaliści.

Pewną ilustracją wysiłków, które są podejmowane na rzecz uzupełnienia kadry lekarskiej, jest ten slajd, który pokazuje zwiększanie się liczby studentów podchorążych wydziału wojskowo-lekarskiego. Ostatni nabór – prawie 90 studentów. W nowym roku akademickim 2018/2019 planowany jest nabór 120 studentów. Muszę powiedzieć, że kiedy, że tak powiem, spowiadamy się w Kwaterze Głównej

NATO z różnych naszych aktywów i pasywów, to ten komunikat jest bardzo dobrze przyjmowany.

Jakie zdaniem Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, które nasi przełożeni dzielają, są najważniejsze wyzwania, najważniejsze działania reorganizacyjne? Gdybyśmy chcieli wymienić 5 takich najważniejszych obszarów, to byłyby to, po pierwsze, ustanowienie właściwej hierarchii... To jest pendant do tego slajdu pokazującego wielość tych komórek odpowiedzialnych za służbę zdrowia. Wojsko jest strukturą hierarchiczną i wydaje nam się, że te instytucje i komórki powinny lepiej współdziałać. Po drugie, niewątpliwie konieczne jest wzmocnienie elementów medycyny polowej – część brygad nie posiada grup zabezpieczenia medycznego, a więc tutaj niezbędne jest personalne wzmocnienie, które oczywiście będzie rozłożone w czasie – i kontynuacja modernizacji technicznej, jeżeli chodzi o polowy sprzęt medyczny. Jeżeli chodzi o medycynę stacjonarną, to ważne jest kontynuowanie tych inwestycji, o których była mowa. Myślę, że jeżeli one będą na takim poziomie kontynuowane, to będzie to właściwy kierunek. Potencjał ludzki, szczególnie lekarzy w mundurach, którzy zostali w szpitalach wojskowych, mógłby być lepiej wykorzystywany na rzecz Sił Zbrojnych. Chodzi też o przezwyciężenie tego kryzysu personalnego, o którym wspominałem, poprzez zwiększenie naboru i oczywiście zahamowanie odpływu kadr. I kolejna rzecz: optymalizacja narzędzi prawnych. Wojskowa służba zdrowia, o czym kilka słów za chwilę, ma z tym pewien problem.

Kolejny slajd. Proszę wybaczyć to takie anatomiczne odniesienie, porównanie wojskowej służby zdrowia do organizmu człowieka, ale to pokazuje, że jest to duży potencjał, ale nie w pełni spójny, przede wszystkim w zakresie tzw. organizatora systemu funkcjonalnego, który powinien być w przypadku wojskowej służby zdrowia wreszcie wyłoniony.

Nie wchodząc w szczegóły, chciałbym wspomnieć, że w tym roku planowana jest reorganizacja struktur i instytucji, które odpowiadają za kierowanie wojskową służbą zdrowia. To związane jest z minionym strategicznym przeglądem obronnym i nowymi pracami nad systemem kierowania i dowodzenia, bo służba zdrowia i jej struktury muszą być dopasowane do specyfiki wojsk, które zabezpieczają.

Jeżeli chodzi o medycynę polową, to najważniejsze działania, tak jak wspominałem wcześniej, dotyczą wzmocnienia struktur zabezpieczenia medycznego, a po dokończeniu pewnych procedur prawnych – możliwości funkcjonowania, a właściwie przywrócenia funkcjonowania służby zdrowia w jednostkach wojskowych jako podmiotów leczniczych. Chodzi, mówiąc najkrócej, o to, żeby lekarz jednostki wojskowej znowu mógł udzielać świadczeń swoim podopiecznym. No i oczywiście modernizacja techniczna, o której wcześniej już wspominałem.

Rzeczy, które chcielibyśmy zrobić, nie wynikają tylko i wyłącznie z ambicji narodowych, ale również z tego, co zauważa Sojusz Północnoatlantycki, a on zauważa nasze ograniczenia i wskazuje nam kierunki, które powinny łączyć się z rozwojem wojskowej służby zdrowia. Trzeba również wspomnieć o tym, że Polska, podobnie zresztą jak wszystkie pozostałe państwa NATO, zaakceptowała w pełni zadania wynikające z celów dla Sił Zbrojnych. Te zadania oczywiście są rozłożone na kilka lat i jest to naprawdę

sporo wyzwań, sporo pracy, jeżeli chcemy wszystkie te elementy, które są wymienione na tym slajdzie, uczynić w pełni zdolnymi do przerzutów, w pełni kompatybilnymi z elementami innych państw sojuszu.

Jeżeli chodzi o medycynę stacjonarną, to obwody profilaktyczno-lecznicze wydają nam się ogólnie dobrym konceptem, który sprawdził się w czasie, ale niezbędna jest pewna standaryzacja struktur komend tych obwodów i lepsze ich wykorzystanie na rzecz planowania operacyjno-strategicznego, jak również większy udział w różnych przedsięwzięciach, które coraz częściej toczą się na terenie Polski i które są związane z obecnością sił sojuszniczych. Mówię tutaj o ćwiczeniach, które w coraz większym zakresie są w Polsce organizowane. Największym sojusznikiem obecnym w Polsce są oczywiście Stany Zjednoczone. Trzeba powiedzieć, że nasi amerykańscy partnerzy bardzo interesują się naszymi możliwościami zabezpieczenia medycznego i uważają, że elementy, które posiadamy i które chcemy rozwijać, mogą z nimi doskonale współpracować.

O zasobach osobowych, o tych problemach już wspominałem wcześniej. To jest taka rekapitulacja tych działań, które Departament Wojskowej Służby Zdrowia chciałby podjąć w stosunku do lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek. To są 3 największe grupy, oczywiście nie jedyne, w korpusie osobowym medycznym.

Gdy chodzi o legislację, to wojskowa służba zdrowia, choć może nie jest największym elementem Sił Zbrojnych, jest elementem dość mocno skomplikowanym i liczba różnego rodzaju regulacji prawnych, które dotyczą tej służby, jest naprawdę ogromna. Strategiczny przegląd obronny w jednej ze swoich konkluzji mówi o tym, że należałoby zastanowić się nad stworzeniem aktu prawnego, normatywnego, regulującego funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia. To może być odrębna ustawa, ale to może być również np. rozdział w ustawie o powszechnym obowiązku obrony. Generalnie takie narzędzia prawne na pewno znacznie ułatwiłyby funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia, która musi odnaleźć swoje miejsce między Siłami Zbrojnymi a powszechnym systemem ochrony zdrowia w Polsce. Mamy nadzieję, że jeżeli te wszystkie zmiany, o których była mowa, zostaną wprowadzone, to ten organizm – tu znowu odniosę się do tego porównania anatomicznego – będzie funkcjonował prawidłowo, bardziej spójnie, tak że żołnierze będą mieli lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, a nasze zasoby będą w bardziej optymalny sposób wykorzystywane. Dziękuję za uwagę...

A na ostatnim slajdzie jest cytat z pana generała Stefana Hubickiego, który przed wojną był komendantem Centrum Wyszakowania Sanitarnego, a później również ministrem w kilku rządach. Myślę, że on najlepiej w historii zdefiniował, jak należy rozumieć zadania i osobę lekarza wojskowego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję panu pułkownikowi za przedstawienie informacji.

Czy ktoś z państwa chciałby coś dodać?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

**Dyrektor Departamentu
Wojskowej Służby Zdrowia
w Ministerstwie Obrony Narodowej
Aurelia Ostrowska:**

Ja chciałabym powiedzieć, że główny kierunek działań, który został przez departament wypracowany – i przyjęty przez kierownictwo resortu – zmierza do tego, żeby kadra, zabezpieczenie, potencjał wojskowej służby zdrowia ulegały zwiększeniu, rozszerzeniu, żeby była wystandaryzowana jakość świadczonych usług. Generalnie będziemy dążyć do tego, żeby dostosować wszystkie podmioty do wymagań rozporządzenia ministra zdrowia. Mamy przed sobą kilka dużych przedsięwzięć inwestycyjnych. W naszej ocenie, na podstawie dotychczasowego oglądu systemu – ja jestem tutaj bardzo krótko, bo od 19 lutego... Coraz bardziej przekonujemy się do tego, że nasze działania powinny iść w stronę stworzenia odrębnej ustawy o wojskowej służbie zdrowia.

Tak jak tutaj zostało przedstawione w prezentacji, pracujemy, że tak powiem, w 3 wymiarach: w czasie pokoju, w czasie kryzysu i w czasie wojny. Jest jeszcze bardzo wiele rzeczy do zrobienia, jeżeli chodzi o ten czas wojny. W związku z tym, że zasoby Sił Zbrojnych będą się zwiększać, w ślad za tym musi iść zabezpieczenie medyczne na bardzo wielu poziomach, w bardzo wielu zakresach. Rzeczywiście też jest tak, jak wspomniał pułkownik Antosiewicz, że jest bardzo duże zainteresowanie ze strony sił sojuszniczych NATO – nasz potencjał i nasza organizacja jest przedmiotem wielu analiz. My bardzo ściśle współpracujemy z sojusznikami. Są też pewne oczekiwania, pewne standardy, które musimy spełnić. Tak więc pierwszy i podstawowy kierunek to rozwój, doposażenie, podniesienie jakości, znalezienie nowych podmiotów, w których można byłoby prowadzić działalność.

Kolejna bardzo ważna kwestia to zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla żołnierzy czynnej służby wojskowej poprzez wprowadzenie tzw. systemu bezkolejkowego. Będziemy przygotowywać pewne rozwiązania prawne zmierzające do tego, żeby wykorzystać dzisiaj istniejące zasoby, które niekoniecznie są aktywne w tej swojej działalności, właśnie po to, żeby ten potencjał zwiększyć.

To, co jest również bardzo istotne, to kontynuacja wdrażania rozwiązań prawnych umożliwiających udzielanie w szpitalach nadzorowanych przez ministra obrony narodowej świadczeń zdrowotnych o wyższym standardzie dla żołnierzy zajmujących stanowiska służbowe o szczególnych wymaganiach zdrowotnych, czyli pilotów samolotów wysokomanewrowych, skoczków spadochronowych, nurków, operatorów wojsk specjalnych, w celu ich szybkiego przywrócenia do wykonywania zadań. Chodzi tutaj o to, że jeżeli żołnierz któregoś z tych służb, które wymieniłam, ulegnie jakiemuś wypadkowi, ma np. kontuzję kolana, to nie może być tak, że on czeka wiele miesięcy na rehabilitację. Jeżeli pilot czeka 8 miesięcy na rehabilitację... Za 8 miesięcy kluczowe będzie pytanie: do czego – przepraszam – on się nadaje? To jest człowiek, który jest wysoko wykwalifikowany. Bardzo dużo kosztuje wykształcenie pilota i on musi mieć szybką ścieżkę przywrócenia do zadań.

To, co jest dla nas dosyć istotne... Pracujemy nad przygotowaniem rozwiązań, które będą zmierzały do zmiany

przepisów dotyczących wypłaty uposażeń żołnierzy zawodowych pełniących służbę w SP ZOZ i w instytutach badawczych tak, aby te wydatki finansowane były z budżetu resortu obrony narodowej, a nie ze środków, z umów, które są zawarte z NFZ, przy jednoczesnym nałożeniu na te podmioty zadań związanych z wykonywaniem zadań na rzecz Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej przez tych żołnierzy.

Chcemy doprowadzić do wprowadzenia rozwiązań prawnych, które poprawiłyby ukompletowanie stanu osobowego kadry medycznej. Mamy to przygotowane, polichowane, i w przyszłym tygodniu będziemy składać wniosek do kierownictwa resortu o to, żeby przywrócić dodatki, a tam, gdzie one są, zwiększyć je. Chodzi o to, żeby zatrzymać odpływ kadry medycznej, wojskowej kadry medycznej z naszych zasobów, a jednocześnie zachęcić do pracy tych, którzy w przyszłości mogliby do nas dołączyć.

To, co jest wyzwaniem również na teraz, to rozwiązanie problemów związanych z medycyną pracy tak, aby ta medycyna mogła być realizowana przez nasze podmioty, co poprawi sytuację finansową podmiotów leczniczych.

Kolejna kwestia. W naszej ocenie – i takie wystąpienie poszło do ministra zdrowia – ważne jest, aby w ramach dużej nowelizacji ustawy o tzw. sieci szpitali nastąpiło wydzielenie z poziomu ogólnopolskiego, w którym dzisiaj znajdują się resortowe szpitale, oddzielnego poziomu finansowania dla szpitali resortowych. To jest uzasadnione tymi zadaniami szczególnymi, specjalnymi, które szpitale resortowe realizują, wynikającymi ze strategii, jak również z przepisów, które dotyczą obronności państwa.

To, co również jest bardzo istotne i o czym chciałabym państwa poinformować, to fakt, że w tej chwili trwają bardzo intensywne prace w resorcie dotyczące zmiany struktury i w ogóle regulaminu organizacyjnego departamentu zdrowia. Odchodzimy od struktury opartej na oddziałach, pododdziałach, szefach oddziałów. Podstawowymi komórkami organizacyjnymi w departamencie będą wydziały, a na ich czele będą stali naczelnicy tych wydziałów. Z moich dotychczasowych doświadczeń zawodowych – mam przyjemność po raz trzeci w życiu pracować, wykonując nadzór organu tworzącego – wynika, że bardzo istotną kwestią jest wzmocnienie szeroko rozumianego nadzoru. Dlatego powołamy, jeżeli oczywiście zostanie to zaakceptowane przez kierownictwo resortu, wydział nadzoru, który będzie również nadzorował inwestycje w trakcie ich realizacji. To jest szalenie ważne z bardzo wielu powodów. Ten nadzór zmierza do tego, żebyśmy wystandaryzowali jak najwyższą jakość naszej pracy, jej warunków, a przede wszystkim jakość świadczeń, które są udzielane zarówno żołnierzom, jak i pacjentom cywilnym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję, Pani Dyrektor.
Jeszcze pan minister? Bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Obrony Narodowej
Wojciech Skurkiewicz:**

Szanowni Państwo, ja chciałabym jeszcze jedno słowo dodać, bo warto, aby to wybrzmiało podczas dzisiejszego

posiedzenia senackiej komisji obrony. Wielkim błędem było zlikwidowanie swego czasu Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi i późniejsze przekształcenie tej uczelni w Uniwersytet Medyczny w Łodzi. To, co się stało, absolutnie... To jest taka rysa na tym, wydawałoby się, dobrze funkcjonującym mechanizmie wojskowej służby zdrowia. Kształcenie kadry, szczególnie kadry medycznej, kształcenie lekarzy, to nie jest proces krótkotrwały – to jest proces wieloletni, długotrwały. Państwo mieliście możliwość dzięki tej prezentacji zobaczyć, że na ten, mówiąc najogólniej, wydział wojskowy uniwersytetu przyjmowano 40 czy 50 studentów. To absolutnie nie wystarczało na pokrycie potrzeb, jakie w tym zakresie miało wojsko. Tu nawet nie była możliwa, że tak powiem, zastępowalność tych, którzy odchodzili ze służby. Dziś nadrabiamy te zaległości, dziś chcemy, żeby osób, które na tym wydziale wojskowym się kształcą, przybywało. W roku akademickim 2017/2018 zostało przyjętych 89 osób, a w przyszłym roku, a w zasadzie w tym roku, bo w 2018 r., czyli na kolejny rok akademicki, przyjęte zostanie, tak jak pan pułkownik Antosiewicz wskazywał, 120 osób. Wydaje się, że liczba 120 studentów każdego roku kształconych na wydziale wojskowym jest na obecną chwilę liczbą optymalną. Oczywiście jeżeli będą potrzeby, to będziemy to zwiększać. Tylko musicie państwo nas zrozumieć: my po części nie jesteśmy u siebie – na gościnnym Uniwersytecie Medycznym w Łodzi jesteśmy gośćmi i z tego wynikają spore problemy, o których pewnie pan senator dobrze wie jako senator z ziemi łódzkiej. Jesteśmy do dyspozycji, jeżeli są pytania.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Dziękuję bardzo panu ministrowi, pani dyrektor, panom pułkownikom, wszystkim zaproszonym gościom.

(Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Aurelia Ostrowska: Można jedno zdanie dopowiedzieć?)

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Aurelia Ostrowska:

Przedstawiliśmy tutaj inwestycje zakończone. Oczywiście szereg inwestycji jest w trakcie realizacji. Ja bym bardzo chciała, żeby na dzisiejszym posiedzeniu komisji wybrzmiała jedna kwestia, a mianowicie dotycząca szpitala we Wrocławiu. We Wrocławiu mamy najnowocześniejszy blok operacyjny w Polsce – to jest 11 sal operacyjnych. Z ministrem Chwałkiem nadzorującym departament zdrowia te sale wizytowaliśmy i musimy powiedzieć, że to jest coś, czym naprawdę możemy się pochwalić, ale jednocześnie jest to pewien standard, który udało się wdrożyć. Przy okazji następnych inwestycji, a za chwilę czeka nas duża inwestycja, jeśli chodzi o blok operacyjny w Krakowie, to będzie standard, do którego na pewno będziemy chcieli dążyć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Dziękuję bardzo, Pani Dyrektor.

To jest kolejna zachęta dla komisji... Od dawna mamy planowaną wizytę we Wrocławiu, tyle że w Akademii Wojsk Lądowych. Myślę, że warto ten najnowocześniejszy blok operacyjny przy tej okazji zobaczyć.

Bardzo dziękuję panu ministrowi, pani dyrektor, panom pułkownikom, wszystkim gościom za wprowadzenie.

Chciałbym teraz rozpocząć dyskusję. Jako pierwszy zgłosił się wspomniany przez pana ministra pan senator Maciej Grubski.

Bardzo proszę, Panie Przewodniczący.

Senator Maciej Grubski:

Bardzo serdecznie dziękuję obecnemu kierownictwu, poprzedniemu również, chociaż z poprzednim... no, nie kierownictwem, a inspektoratem uzbrojenia, na pewnym etapie tych 2 kadencji mieliśmy duży problem. Był taki generał Wiśniewski, który myślał, żeby z Łodzi zabrać ten patent kształcenia oficerów medycyny i przenieść to do Warszawy. Ocaliliśmy to. I naprawdę bardzo dziękuję za to, że to pozostało w Łodzi. Nie idźmy tą drogą, którą proponował nam minister Macierewicz, bo próba wchodzenia w te struktury uniwersytetu, żeby ewentualnie uzupełniać kształcenie wojskowymi... To był błąd, to bardzo zaokrążyło i niedobrze... To dzisiaj dobrze idzie i moim zdaniem nie ma potrzeby żadnej zmiany. Jest bardzo duża przychylność władz miasta dla szkolenia wojskowych lekarzy, jest pułkownik Aszkielaniec, który robi świetną pracę, jeżeli chodzi o kształcenie wojskowe. Ja go bardzo cenię. Dlatego z mojej strony pełna pochwała dla tego, co robicie, i dla pracy poprzedników. Tak że nie cieszcie się tak do końca sami, bo...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz: Panie Senatorze, takie słowa z ust opozycji to jest...)

Ale skoro jest coś dobrego... Trzeba robić dobre rzeczy. Zwiększamy liczbę i te 120 etatów... Etatów? No, zobaczymy, czy to się przełoży na etaty, czy to będzie możliwe do zrealizowania. Jeśli tak, to będzie to duża sprawa.

Mam pytanie, co z wynagrodzeniami. Pani dyrektor powiedziała o tych dodatkach. Pamiętajcie, że jak się rozmawia z lekarzami, którzy funkcjonują nie w szpitalach, ale... Bo szpitale mają kontrakty z NFZ i tu jest sytuacja łatwiejsza, bo kierownictwo szpitali być może ma możliwość jakiegoś regulowania tych wynagrodzeń jakimiś dodatkami, elementami wspomaganiami. No, powstała duża różnica między zarobkami lekarzy cywilnych i lekarzy wojskowych. Musimy coś wymyśleć, żeby lekarze w jednostkach, zgodnie ze stopniem – nie wiem, porucznika, kapitana – nie zarabiali 3 tysiące, 4 tysiące zł, bo to jest rzecz niedopuszczalna. Dzisiaj lekarze na etatach cywilnych zarabiają kilkanaście tysięcy złotych. Dbajmy o tych ludzi.

Bardzo dobrze, że jest to kształcenie lekarzy na... Misji jako takich w zasadzie dzisiaj już nie mamy, to jest jakaś szczątkowa sprawa, ale dużo pozytywnego, jeżeli chodzi o pole walki, zostało zrobione w ramach misji. I chwała za to. Ja bardzo to wspieram, bo chodzi o bardzo ważną

dla mnie Łódź. Ja napisałem wtedy tyle interpelacji, tyle pism, żeby zatrzymać, wbrew generałowi Wiśniewskiemu, to kształcenie w Łodzi, że czuję się pewnym elementem tego wszystkiego.

Jeszcze raz dziękuję dzisiejszemu kierownictwu i dziękuję poprzedniemu kierownictwu, panu ministrowi Klichowi, który bardzo mi pomógł w tym czasie, jeżeli chodzi o zatrzymanie tego kształcenia w Łodzi. Wspierajmy Łódź. Może mogłoby być jakieś inne rozwiązanie, być może można by reaktywować uczelnię wojskową, być może... Trzeba by się nad tym zastanowić, ale na razie przynajmniej nie róbmy tego, co proponował minister Macierewicz, czyli nie wchodźmy w struktury uczelni... Zawrzało wtedy niesamowicie, zrobił się niewiarygodnie zły klimat, zupełnie niepotrzebnie. Róbmy to, co robimy dzisiaj. Bardzo dziękuję za to.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję.
Pan minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze, za te ciepłe słowa pod naszym adresem. Staramy się i mam nadzieję, że tak będzie w dalszym ciągu. Oczywiście my z pozycji kierownictwa ministerstwa obrony dostrzegamy zagrożenia i dostrzegamy ten problem. I stąd te słowa pani dyrektor odnośnie do tych dodatkowych zachęt czy dodatkowego wsparcia finansowego. My sobie zdajemy sprawę z tego, że takie obszary jak służba zdrowia, takie obszary jak cyberbezpieczeństwo, obszar IT, to są obszary, z których rynek cywilny wysysa czy próbuje wysysać specjalistów. Bardzo często jest tak, że strona wojskowa nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom...

(*Senator Maciej Grubski: Panie Ministrze, mogę jedno zdanie?*)

...ale staramy się...

(*Senator Maciej Grubski: Mogę jedno zdanie?*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Maciej Grubski: Ale tylko jedno zdanie.*)

Tak, tak.

(*Senator Maciej Grubski: W polskiej armii złamaliśmy zasadę równego finansowania. Pierwsza tak sytuacja to był GROM – inne pieniądze za pracę... Może również w wojskowej służbie zdrowia trzeba złamać zasadę i inne pieniądze w ramach zaszeregowania dzisiaj dla lekarzy wojskowych, pielęgniarek...)*

To jest kwestia, nad którą się zastanawiamy. Tak jak mówię, są obszary takie wrażliwe, bo wpływające na bezpieczeństwo naszej ojczyzny i nas, Polaków... Mamy świadomość, że ma miejsce wysysanie specjalistów z wojska. Dlatego też rozwiązania, które chcemy wprowadzać... One w tej chwili są w fazie początkowej. Te zachęty finansowe to jest coś, co jest na początek, ale jest też cała dyskusja – to jest w pionie pana ministra Łapińskiego – dotycząca widełek wynagradzania nie tylko poszczególnych specjalizacji, specjalności w wojsku, ale również tych, którzy powinni

zdecydowanie więcej zarabiać, niż zarabiają czy mieć większe uposażenia, niż mają w tej chwili. Ten problem mamy zidentyfikowany i nad nim pracujemy.

(*Senator Maciej Grubski: Dziękuję bardzo.*)

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Dziękuję bardzo.

Kto z panów senatorów?

Bardzo proszę, pan senator Wiesław Kilian. Bardzo proszę.

Senator Wiesław Kilian:

Dziękuję.

Pewnie nie byłoby sukcesu wrocławskiego, gdyby parę lat temu, za rządów Platformy i PSL, nie podjęto decyzji o budowaniu tego bloku. Wiem, pamiętam, kiedy rozpoczęto tę inwestycję, kiedy budowano ten blok. Zresztą z senatorem Ślusarzem byliśmy w zeszłym roku na jego otwarciu. Moje pytanie dotyczy inwestycji. Pan pułkownik wskazał, że w tym roku na inwestycje jest zaplanowane 150 milionów. I moje pytanie: jakie inwestycje, w jakich szpitalach będą realizowane w ramach tych 150 milionów?

I drugie pytanie. Co zamierza zrobić resort, aby utrzymać poziom zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach wojskowych? Wiem, jaki jest problem z zatrudnianiem pielęgniarek nie tylko w szpitalach wojskowych, ale także w służbie publicznej. Jakie działania resort podejmie, aby utrzymać skalę zatrudnienia pielęgniarek na obecnym poziomie, także w najbliższej przyszłości? Dziękuję.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Dziękuję bardzo.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pani dyrektor czy pan pułkownik?

Bardzo proszę.

Szef Oddziału Nadzoru w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Ireneusz Makulski:

Szanowni Państwo, jeśli chodzi o podział środków na inwestycje w tym roku, to według planu inwestycji budowlanych ok. 100 milionów zł ma być przeznaczonych na inwestycje budowlane, w ramach których będą realizowane 72 zadania inwestycyjne w 26 podmiotach, w tym w 24 jednostkach SP ZOZ i w 2 instytucjach badawczych. Jest to wielka skala. W sumie w latach 2015–2018 zrealizowano łącznie – i już zakończono – 83 zadania inwestycyjne, a ogólna wartość rozpoczętych zadań inwestycyjnych oraz zrealizowanych i oddanych do użytku przekroczyła 1 miliard 200 milionów.

Odnosząc się do drugiej części pytania, powiem, że zadań nowych w bieżącym roku jest wiele. W samym Wojskowym Instytucie Medycznym na Szaserów zaplanowano do uruchomienia – zaznaczam, że w bardzo różnym stadium realizacji... Realizacja większości inwestycji budowlanych rozłożona jest w czasie, w dłuższym czasie, ze względu chociażby na okres potrzebny na planowanie

i stworzenie dokumentacji. W instytucie na Szaserów w bieżącym roku uruchomionych zostanie 13 zadań inwestycyjnych, których szacunkowa wartość przekroczy 100 milionów zł – zaznaczam – w całym okresie finansowania.

Jeśli chodzi o kolejne szpitale, to nowe zadania zostaną uruchomione w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu. Tu uruchamiamy 3 nowe zadania o łącznej wartości 38 milionów. Jeśli chodzi o Kraków, to zaplanowane jest uruchomienie 7 nowych inwestycji o łącznej wartości... Odnosząc się do tego, co pani dyrektor powiedziała, dodam, że to jest bardzo wstępne planowanie. W tej chwili mogę podać kwotę blisko 120 milionów, ale z szacunków i z tego, co się dzieje na rynku, wynika... O ile kilka lat temu mieliśmy do czynienia z sytuacją, w której po przetargach wartość zadań malała blisko o 1/3, o tyle dzisiaj dochodzi do sytuacji, że normą jest, iż ta wartość rośnie o minimum 30%. Tak że 120 milionów na dzisiaj, ale spójrzmy na to realnie – żeby zrewitalizować ten kompleks krakowski to na chwilę obecną, przy tych zadaniach, potrzebne jest ok. 150 milionów, skromnie licząc. Jeśli chodzi o Bydgoszcz, to uruchamiamy w tym roku 2 nowe zadania na ponad 7 milionów zł. W Gdańsku uruchamiamy w tym roku 2 nowe zadania o wartości ponad 10 milionów zł, a w Szczecinie będziemy uruchamiać 4 nowe zadania, a jak się uda, to i piąte – to zależy od tego, czy znajdzie się firma, która wykona aktualizację dokumentacji. Tutaj mamy kolejny przykład kompleksu, który wymaga bardzo dużego dofinansowania i pełnej rewitalizacji, jeśli chodzi o infrastrukturę. I mówimy tutaj o kwocie ponad 130 milionów zł w okresie trwania... Uruchamiamy również 4 nowe inwestycje w Dęblinie – tutaj mówimy o kwocie ok. 10 milionów zł – w Żarach, gdzie drugi etap budowy bloku operacyjnego... W Wałczu uruchamiamy 3 nowe zadania na kwotę blisko 13 milionów zł, w Helu – na niecałe 3 miliony zł, a w Opolu 2 inwestycje... I z tych szpitali, powiedziałbym, ostrzych to by było wszystko.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz: Szanowni Państwo, jak widać...)

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz:

Z tego, co przedstawił pan pułkownik, wynika, że to są naprawdę bardzo duże nakłady inwestycyjne. Ta kwota wynosząca 1 miliard 200 milionów...

(Przewodniczący Jarosław Rusiecki: I szerokim frontem, w każdej części kraju.)

...to jest oczywiście pokaźna kwota. Dostrzegamy potrzeby, inwestujemy, finansujemy.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję.

Kto z państwa senatorów?

Bardzo proszę, pan senator Maciej Grubski.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Senator Maciej Grubski:

Mamy dzisiaj jubilata, naszego senatora Bogdana Klicha, który dzisiaj ma urodziny... Najlepsze życzenia, Panie Senatorze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chciałbym podkreślić, że Łódź i szkolenie, kształcenie tam to jest efekt tej decyzji pana ministra Bogdana Klicha, który wtedy, podkreślam, wbrew...

(Głos z sali: Do mikrofonu prosimy.)

...generałowi Wiśniewskiemu, który nam troszeczkę kombinował, pod górkę... Dziękuję, Panie Ministrze, za Łódź, bo to jest dla nas wielka sprawa.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Wesołość na sali)

Pan senator Grubski, że tak powiem, powtórzył to, żeby pan senator mógł to usłyszeć.

Kto z państwa senatorów jeszcze?

Bardzo proszę, pan senator Rafał Ślusarz.

Bardzo proszę, Panie Przewodniczący.

Senator Rafał Ślusarz:

Można by uznać, że jest bardzo optymistycznie, ale materiał pokazuje, że jednak są problemy w szpitalach. Nie był wymieniony na slajdzie szpital we Wrocławiu... Rozumiem, że on nie ma długów. Czy ma? Takie drobne pytanie.

W 2016 r. przyjęliśmy ustawę zmieniającą ustawę o działalności leczniczej, która pozwala samorządom wykupywać świadczenia w swoich zakładach. Oczywiście te samorzady muszą mieć na to pieniądze, a nie zawsze mają. Wiem, że w wielu miejscach te świadczenia dodatkowe są wykupywane, co jest zastrzykiem finansowym, jeśli chodzi o bieżącą działalność szpitala. Problem jest taki, że szpitale wojskowe właściciela mają w MON. Chciałbym zapytać, czy była taka sytuacja, że MON dofinansowało bieżącą działalność swoich szpitali, czyli takie świadczenia... Szpitale publiczne mają pewien, powiedziałbym, handicap, bo właściciel, widząc trudną sytuację szpitala, po prostu dokupi mu te świadczenia, które on i tak mógłby wykonać. Czy MON z tego narzędzia korzystało, które zostało mu prawnie stworzone? No bo jeśli nie, to, jak rozumiem, na tym rynku, w którym jednak w jakiejś mierze rywalizuje się o pacjenta, a jednocześnie ma się dodatkowe zadania... Szpitale wojskowe byłyby w trudniejszej sytuacji, gdyby tego typu mechanizmu nie wykorzystywano.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Bardzo dziękuję.

Pan minister.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz:

Wojskowa służba zdrowia jest specyficzną służbą. To jest domena w pełni resortowa. Bardzo proszę panią dyrektora, jeżeli dysponujemy takimi danymi, o udzielenie odpowiedzi.

(Senator Rafał Ślusarz: Ja tylko wyjaśnię... Mnie nie chodzi o inwestycje.)

Nie, oczywiście.

(Senator Rafał Ślusarz: Chodzi o działalność bieżącą, o to, na czym się robi długi.)

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej Aurelia Ostrowska:

Departament Wojskowej Służby Zdrowia podejmował działania – zresztą nie tylko ten departament, bo i inne resorty – w związku z tym, że nie ma równości podmiotów tworzących. Ministerstwo Obrony Narodowej podejmowało działania zmierzające do tego, żeby miało takie same uprawnienia, jakie ma samorząd. W Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia nam nie brakuje pomysłów i koncepcji, jak poprawić tę sytuację, ale my się, że tak powiem, odbijamy od tego, co chce zrobić minister zdrowia. I na tym polega problem. Pamiętajmy, że to minister zdrowia jest tym głównym dyrygentem tego wszystkiego, co się dzieje w systemie ochrony zdrowia. To, o czym mówiłam wcześniej, czyli działania dotyczące wydzielenia dedykowanego poziomu dla szpitali resortowych, to nie są działania, które podjęliśmy teraz – to są działania, które podejmowaliśmy w obu resortach, MON i MSWiA, na etapie tworzenia ustawy o tzw. sieci szpitali. Wtedy też podkreślaliśmy tę specyfikę, którą ma i MON, i MSWiA w działaniach, jakich żaden inny szpital nie ma. Było takie bardzo burzliwe spotkanie w centrali NFZ, gdzie ja powiedziałam: dobrze, proszę bardzo, ja się zgadzam – niech resortowe szpitale nie realizują tych zadań szczególnych na wypadek ataku terrorystycznego, bioterrorystycznego, nie daj Boże oczywiście, godziny „W” itd., tylko proszę mi podać listę szpitali, które wejdą w buty szpitali resortowych. To po pierwsze.

Po drugie, żeby dokonać takiej zmiany, potrzebna jest nieprawdopodobna ilość pracy legislacyjnej. Pamiętajmy, że my jesteśmy elementem działań kryzysowych, a liczba tych przepisów prawnych naprawdę jest bardzo duża. Pomimo tego, że wtedy się nie udało – udało się tyle, że szpitale resortowe weszły do poziomu ogólnopolskiego – my z tego rozwiązania nie rezygnujemy. Uważamy, że ze względu na specyfikę działań, które prowadzone są w obu resortach... Bo tę, nazwijmy to, walkę o wydzielony poziom w sieci szpitali prowadzimy w pełnym porozumieniu, we współpracy i za zgodą kierownictw obu resortów – z naszym odpowiednikiem w MSWiA, czyli Departamentem Zdrowia. Uważamy, że jest jeszcze wiele innych rzeczy, które... wiele pewnych luk prawnych. My mamy też obowiązek przygotowania naszych szpitali – to

samo dotyczy MSWiA – do rozwinięcia potencjału tych szpitali na wypadek właśnie tych zdarzeń nadzwyczajnych czy godziny „W”. Powstaje pytanie, kto ma wyłożyć środki na ten cel. I mimo tego, że mamy wiele różnych regulacji, nie do końca jest to doprecyzowane. Oczywiście idealnie by było, gdyby minister obrony narodowej i minister spraw wewnętrznych i administracji mieli takie możliwości, jakie ma samorząd. Ja kiedyś miałam przyjemność pracować w samorządzie i tam wprowadziliśmy bardzo dużo programów profilaktycznych, które nie tylko poprawiały dostępność świadczeń... Robiliśmy w ramach tych programów m.in. tzw. białe soboty i białe niedziele – pacjenci mieli możliwość skorzystania wtedy z badań – ale również poprawialiśmy sytuację finansową naszych podmiotów. Nie mówię już o tym, że zatrzymaliśmy pewien odpływ kadry medycznej. No bo po co ma ktoś pracować w 2 miejscach, skoro może pracować w jednym? Ma możliwość zarobienia dwa razy w miesiącu... Pracuje dodatkowo, ale ma z tego jakieś konkretne pieniądze. Tak więc to nie jest tak, że my tych problemów nie widzimy. Na pewno będziemy podejmować dalsze działania, żeby to uregulować. Dzisiaj my tak naprawdę nie mamy takich argumentów ze strony Ministerstwa Zdrowia, które mogłyby... No właśnie, dlaczego samorząd może dofinansowywać programy profilaktyczne... My wykonujemy taką samą pracę, a nawet większą – z racji tej specyfiki – niż inne organy tworzące. Prawda? To samo zresztą dotyczy kwestii – to jest problem, który występuje w obu resortach – pozyskiwania środków unijnych. My nie mamy takich możliwości, bo my nie jesteśmy dysponentem środków unijnych. Powstaje pytanie, dlaczego, skoro mamy taką liczbę podmiotów leczniczych... Dlaczego podmioty pracujące w obszarze samorządu mają sytuację uprzywilejowaną, a szpitale resortowe spychane są do narożnika? To nie jest tak, że my iluś rzeczy nie widzimy... Jeżeli państwo senatorowie będą zainteresowani kolejnym spotkaniem z nami, to my się bardzo chętnie podzielimy informacjami na temat tych problemów, które my widzimy, i na temat tego, jak je można rozwiązać. Proszę jednak pamiętać, że to nie wynika z naszego zaniechania, tylko z tego, że jest minister zdrowia, który mówi: nie. W przypadku sieci szpitali, czyli tego wydzielonego, siódmego poziomu dla szpitali resortowych, był taki argument, że nie da się społecznie wytłumaczyć tego uprzywilejowanego miejsca dla resortowych szpitali. No ale myślę, że może z naszej strony powinna być jakaś lepsza, większa promocja czy po prostu informacja mówiąca o tym, jakie tak naprawdę my mamy zadania, bo być może wiele osób, społeczeństwo po prostu nie zdaje sobie z tego sprawy. Trzeba też pamiętać, że bardzo dużą liczbę pacjentów cywilnych leczą szpitale resortowe. Prawda? I tak to wygląda.

W obu resortach są takie działania oddolne. Funkcjonariusze w MSWiA i żołnierze u nas mówią: my chcemy, tak jak było kiedyś, mieć dostęp do szpitali resortowych. Chodzi o to, żeby nie było tak, że jak żołnierz, funkcjonariusz jest ranny w jakimś zdarzeniu, to on jedzie do najbliższego szpitala i tam na SOR siedzi w kolejce, tylko żeby było wiadomo, że on ma w najbliższym szpitalu wojskowym czy nawet MSWiA, ale resortowym, możliwość uzyskania bardzo szybkiej pomocy.

Przewodniczący Jarosław Rusiecki:

Absolutnie zgadzam się z panią dyrektorem. Ja też myślę, że... A zdarzały się wcześniej takie sytuacje, w których żołnierze ranni na misjach, którzy ulegali nieszczęśliwym wypadkom... Później była organizowana dla nich – dobrze, że byli tacy ludzie dobrego serca – pomoc, wsparcie na ich rehabilitację. A to powinno być obowiązkiem państwa, Sił Zbrojnych, bo to jest służba.

Bardzo dziękuję, Pani Dyrektor.

Kto z państwa senatorów chciałby jeszcze zadać pytanie? Nie widzę zgłoszeń.

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi za przygotowaną informację, pani dyrektor za szerokie i szczegółowe uzupełnienie, i wszystkim współpracownikom, panom pułkownikom, za przedstawione niezwykle interesujące informacje. Ta sugestia pani dyrektor dotycząca kolejnego spotkania... Myślę, że dobrym rozwiązaniem byłoby spotkanie wspólnie z Komisją Zdrowia, tak żeby pewne

problemy w szerszym kontekście naświetlić i wykreować propozycje. Bardzo serdecznie dziękuję.

Jeszcze 2 informacje dla komisji. Szanowni Państwo, jeśli chodzi o sprawy legislacyjne, to przed nami jest rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o znakach Sił Zbrojnych. Jeżeli Sejm w tym tygodniu uchwali tę ustawę, to my najprawdopodobniej... Planuję, abyśmy się spotkali 22 maja w tej sprawie i podjęli debatę.

Druga kwestia dotyczy najbliższej przyszłości, naszych wyjazdów studyjnych. Chciałbym, aby komisja udała się do Centrum Przygotowań do Misji Zagranicznych w Kielcach wspólnie – jest taki plan – z komisją sejmową w połowie czerwca, około 14 czerwca. Jeszcze przed przerwą wakacyjną miałby również miejsce wyjazd studyjny do fabryki broni w Radomiu. Chcielibyśmy odwiedzić tę fabrykę i zobaczyć najnowsze produkty. Tyle informacji.

Bardzo serdecznie wszystkim państwu senatorom, panu ministrowi, pani dyrektor i panom pułkownikom dziękuję.

Zamykam posiedzenie komisji. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 15)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii