



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(291)

12. posiedzenie
Komisji Obrony Narodowej
w dniu 30 czerwca 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat historii, tradycji i obecnych zadań 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie.
2. Informacja na temat kształcenia lekarzy na potrzeby Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Informacja na temat funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce w świetle aktualnych i przyszłych potrzeb Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 30)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Franciszek Adamczyk)

**Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką w Krakowie
Jan Sosnowski:**

Mamy zaszczyt gościć państwa na ziemi małopolskiej w królewskim mieście Krakowie, które jest otwarte na przyjęcie gości. Tym bardziej jest mi miło powitać przedstawicieli władz ustawodawczych Rzeczypospolitej Polskiej: pana senatora Franciszka Adamczyka, przewodniczącego senackiej Komisji Obrony Narodowej, panów senatorów Czesława Rybkę i Ludwika Zalewskiego, zastępców przewodniczącego senackiej Komisji Obrony Narodowej, oraz panów senatorów: Henryka Górskiego, Tadeusza Lewandowskiego, Rafała Ślusarza i Andrzeja Łuczyckiego, członków senackiej Komisji Obrony Narodowej.

Serdecznie witam przedstawicieli władz wojskowych: pana generała brygady doktora Marka Kondrackiego, pełnomocnika ministra obrony narodowej do spraw resortowej opieki zdrowotnej, generała broni Mieczysława Bieńka, dowódcę 2. Korpusu Zmechanizowanego Wojsk Lądowych RP. Serdecznie witam pana Andrzeja Sasułę, wicemarszałka województwa małopolskiego, pana Józefa Mazurka, przedstawiciela wojewody małopolskiego, pana Marka Lejka, zastępcę prezesa do spraw służb mundurowych Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Arkadiusza Kosowskiego, dyrektora Departamentu do spraw Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Bardzo miło jest mi powitać pana Andrzeja Jagiełłę, starszego specjalistę w Departamencie Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia, pana Antoniego Nawrota, dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego w Urzędzie Miasta Krakowa. Serdecznie witam również generała brygady profesora doktora habilitowanego nauk medycznych pana Jana Podgórskiego, dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Jest już na terenie szpitala i mam nadzieję, że za chwileczkę będzie z nami. Serdecznie witam również pana pułkownika profesora Jerzego Kruszewskiego, który jest przedstawicielem Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Witam bardzo serdecznie pana pułkownika Grzegorza Stoińskiego, komendanta 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, pana pułkownika Anatola Tichoniuka, przewodniczącego Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów Wojska Polskiego. Ze szczerego serca witam pana pułkownika Marcina Solarza, szefa Wydziału Analiz i Współpracy w Biurze Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów Wojska Polskiego, oraz pana pułkownika Ryszarda Wilmę, radcę prawnego Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów Wojska Polskiego.

(Głos z sali: Niestety, nie ma go, bo się rozchorował.)

Drodzy Państwo, serdecznie witam panie, które będą nam towarzyszyć i które pracowicie spędzą z nami czas.

Panie Przewodniczący, serdecznie dziękuję za umożliwienie mi powitania tak zacnych gości na terenie naszego słynnego szpitala. Teraz proszę pana przewodniczącego o rozpoczęcie obrad. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dzień dobry państwu.

Serdecznie dziękuję panu pułkownikowi za gościnę i za przedstawienie gości i senatorów. To posiedzenie komisji miało się odbyć w Krakowie i tak też się stało. Przy tej okazji chciałbym wyrazić podziękowanie zarówno nieobecnemu marszałkowi Senatu, który wyraził na to zgodę, jak i władzom wojskowym, że możemy dzisiejszy dzień spędzić w tym szpitalu i zapoznać się z problemami wojskowej służby zdrowia.

W porządku obrad dzisiejszego posiedzenia naszej komisji mamy do omówienia cztery punkty. Jeżeli panowie senatorowie uznają, że należałoby dodatkowo coś zasygnalizować czy poruszyć, to właśnie w tym czwartym punkcie zajmiemy się sprawami różnymi.

W punkcie pierwszym porządku obrad wysłuchamy wystąpienia pana pułkownika Sosnowskiego zatytułowanego „Sto lat dziejów 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie – tradycja i współczesne zadania”.

W punkcie drugim zajmiemy się funkcjonowaniem wojskowej służby zdrowia w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce w świetle aktualnych i przyszłych potrzeb Sił Zbrojnych RP.

W punkcie trzecim omówimy problem kształcenia lekarzy dla potrzeb Sił Zbrojnych RP.

I w punkcie czwartym, ostatnim, omówimy sprawy różne.

Ustawy dotyczące rozpatrywanych dzisiaj zagadnień w porządku obrad obecnie są w przygotowaniu i to posiedzenie ma na celu dostarczyć nam jako członkom senackiej Komisji Obrony Narodowej, którzy również zajmują się sprawami leczenia wojskowego i szpitali wojskowych, pewną wiedzę na ten temat. Dziękuję wszystkim, którzy przyjęli nasze zaproszenie, również władzom lokalnym oraz przedstawicielom szpitali i klinik wojskowych, na posiedzenie naszej komisji, ponieważ ta wiedza, którą z nami się dzisiaj podzielicie, zaowocuje na jesieni tego roku, kiedy stosowna ustawa będzie prezentowana przez rząd w parlamencie. Otrzymujemy sygnały, że muszą zajść pewne zmiany, jeżeli chodzi o wojskową służbę zdrowia.

To tyle na początek i jeszcze raz chciałbym podziękować za gościnę.

Teraz oddaję głos panu pułkownikowi Sosnowskiemu.

**Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką w Krakowie
Jan Sosnowski:**

Dziękuję serdecznie, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo, jeszcze raz serdecznie witam państwa. Pozwolicie państwo, że będę się starał we w miarę krótkim wystąpieniu przedstawić państwu historię stuletniego szpitala, w którym mieliście państwo okazję gościć przez chwilę. Zademonstro-

waliśmy wam to, co byliśmy w stanie pokazać w tak krótkim czasie. Oczywiście mamy bardzo dużo obiektów i oddziałów i nie jest możliwe, abyśmy w krótkim czasie mogli przedstawić je wszystkie. Chciałbym, żeby ta synteza, której próbowaliśmy dzisiaj dokonać, wprowadziła państwa w klimat tego szczególnego miejsca, miejsca o niebywale długiej historii, bo, Drodzy Państwo, musicie wiedzieć, że znajdujemy się na terenie najstarszego wojskowego szpitala w Polsce.

Historia krakowskiego szpitalnictwa wojskowego sięga roku 1846, kiedy to Austriacy, zajmując Zamek Królewski na Wawelu w Krakowie, we wschodnim jego skrzydle umieścili swój szpital. To jest właśnie to wschodnie skrzydło, gdzie rozmieścili 15. Garnizonowy Szpital Wojskowy. W 1905 r. austriackie władze wojskowe ze składek społeczeństwa miasta Krakowa przystąpiły do budowy nowego zespołu obiektów szpitala wojskowego na ówczesnych obrzeżach miasta, obecnie jest to ulica Wrocławska. Zespół obiektów szpitalnych został wzniesiony w latach 1907–1911 według projektu austriackiego inżyniera wojskowego Maksymiliana Hoffmana i prezentuje do dziś czytelny układ kompozycyjny wolno stojących budynków w otoczeniu parkowym, zbudowany zgodnie z ówczesnie stosowanymi rozwiązaniami secesyjnymi. W lipcu 1911 r. przeniesiono do tych budynków z pomieszczeń wawelskich 15. Garnizonowy Szpital Wojskowy.

Wraz z odzyskaniem w listopadzie 1918 r. przez Polskę niepodległości, odrodzeniem się Wojska Polskiego i w związku z potrzebą leczenia rannych z okresu I wojny światowej oraz koniecznością zapewnienia żołnierzom polskim biorącym udział w wojnie polsko-sowieckiej opieki medycznej było oczywiste, że wojskowa służba zdrowia, w tym szpitalnictwo wojskowe, wymaga odtworzenia i rozbudowy. Przystąpiono zatem do tworzenia na obszarze kraju wojskowej administracji terenowej w postaci okręgów wojskowych. I już w końcu listopada 1918 r. wśród pięciu okręgów generalnych został utworzony również Okręg Generalny Kraków. Rozkazem generała Emila Gołogórskiego, dowódcy nowo powstałego okręgu, na bazie poaustriackiego szpitala garnizonowego utworzono 5. Okręgowy Szpital Wojskowy na siedemset łóżek o strukturze organizacyjnej obejmującej osiem oddziałów leczniczych. Ponadto utworzono oddzielny tak zwany pawilon oficerski z czterdziestoma łózkami przeznaczonymi dla pacjentów chirurgicznych i czterdziestoma łózkami przeznaczonymi dla pacjentów z chorobami wewnętrznymi. Łącznie to stanowiło siedemset osiemdziesiąt łóżek. Na tym slajdzie jest przedstawiona struktura ówczesnego szpitala liczącego siedemset osiemdziesiąt łóżek. Proszę zwrócić uwagę na te najważniejsze oddziały, pracownie, zakład fizykoterapii, aptekę, prosektorium i krwiodawstwo.

Komendantem pierwszego w Krakowie polskiego szpitala wojskowego został Polak, oficer byłej armii austriackiej, podpułkownik doktor Ignacy Zieliński, awansowany w czerwcu 1919 r. na stopień generała brygady. Funkcję tę pełnił do czerwca 1920 r. i był to w historii szpitala pierwszy i zarazem ostatni komendant w stopniu generała. Jest to jedyna rycina czy jedyne zdjęcie, które pozostało w naszych archiwaliach. Załogę szpitala stanowili w większości absolwenci wydziałów lekarskich Uniwersytetów: Jagiellońskiego, Lwowskiego i Wileńskiego, wywodzący się z Legionów Polskich oraz z byłych armii zaborczych. Na przełomie 1920 r. i 1921 r. 5. Okręgowy Szpital Wojskowy w Krakowie liczył tysiąc trzysta sześćdziesiąt dziewięć łóżek, a personel lekarski stanowiło tylko trzydzieści osób. Statystycznie na jednego lekarza przypadało czterdziestu pięciu podopiecznych. Po zakończeniu wojny polsko-sowieckiej

szpital zaspokajał potrzeby lecznicze jednostek Garnizonu Twierdzy Kraków oraz w poważniejszych schorzeniach wspierał wojskowe szpitale rejonowe istniejące na terenie Okręgu Generalnego Kraków.

Od maja 1939 r. aż do wybuchu II wojny światowej komendantem szpitala był pułkownik lekarz Marian Dietrich, który następnie w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie pełnił obowiązki lekarza w oddziałach polskich w Palestynie oraz szefa Służby Zdrowia II Korpusu Polskiego we Włoszech. W obliczu zagrożenia ze strony hitlerowskich Niemiec z chwilą zarządzenia w marcu 1939 r. częściowej mobilizacji w Wojsku Polskim i przystąpienia do formowania Armii „Kraków”, a od lipca Armii „Karpaty” szpital rozpoczął realizację swoich planów mobilizacyjnych, organizując na bazie zespołu kadry zapasowej szpitale polowe, które w końcu sierpnia i na początku września 1939 r. rozwijały się w kierunkach działania wspomnianych armii, czyli armii „Kraków” i „Karpaty”.

Kadra i personel 5. Okręgowego Szpitala Wojskowego w obliczu zbliżania się do Krakowa wojsk 14. Armii Wehrmachtu w dniach 3 i 4 września 1939 r. rozpoczęli ewakuację rzeką Wisłą z Krakowa w kierunku Sandomierza. W rejonie Sandomierza doszło do częściowego zbombardowania transportu przez lotnictwo niemieckie. Dalsza ewakuacja szpitala odbyła się transportem samochodowym. W dniu 20 września załoga szpitala przybyła w rejon Lublina. W związku z zaprzestaniem prowadzenia działań wojennych przez Armię „Kraków” w obliczu dwóch agresorów – Niemiec i Związku Radzieckiego – szpital został rozwiązany. Część załogi przedostała się wraz z komendantem szpitala na Węgry, działając później w Polskich Siłach Zbrojnych na Bliskim Wschodzie i w Europie Zachodniej, część z nich wróciła do kraju, działając w konspiracji lub za zgodą władz niemieckich organizując pomoc dla rannych żołnierzy, nie tylko polskich. Wielu oficerów z załogi krakowskiego szpitala wojskowego dostało się do niewoli niemieckiej. Tragiczny los spotkał około sześćdziesięciu oficerów, lekarzy służby stałej i powołanych z rezerwy do tego szpitala, którzy po 17 września dostali się do niewoli sowieckiej. Jako jeńcy obozu w Kozielsku i Starobielsku zostali zamordowani wiosną 1940 r. przez NKWD w Katyniu i Charkowie. Na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku załoga szpitala upamiętniła zamordowanych lekarzy szpitala umieszczeniem imiennych tabliczek w sali pamięci krakowskiego Kościoła Garnizonowego pod wezwaniem Świętej Agnieszki.

W dniu 7 września 1939 r. obiekty szpitala przy ulicy Wrocławskiej zaczęła zajmować służba zdrowia niemieckiego Wehrmachtu, organizując tu Wojskowy Szpital Niemiecki, który funkcjonował w tych obiektach do czasu wyzwolenia Krakowa w styczniu 1945 r. z rąk okupanta. Po zakończeniu działań wojennych w południowej Polsce i przystąpieniu na początku lutego 1945 r. do organizowania Okręgu Wojskowego Kraków w dniu 7 lutego tegoż roku generał Michał Rola-Żymierski, naczelny dowódca Wojska Polskiego, wydaje rozkaz zorganizowania w każdym okręgu wojskowego szpitala okręgowego. Na mocy tegoż rozkazu oraz rozkazu generała brygady Juliana Skokowskiego, dowódcy Okręgu Wojskowego Kraków, rozpoczęto organizację 5. Okręgowego Szpitala Wojskowego w Krakowie. Liczył on sześćset łóżek. Początkowo komendantem został kapitan lekarz Aleksander Zawadzki, który te obowiązki pełnił do września 1945 r.

Lata powojenne to okres rozbudowy i modernizacji szpitala. Wybudowano kilka nowych budynków, prowadzono remonty i modernizację istniejących obiektów szpi-

talnych, zwracając uwagę na zachowanie zabytkowego wyglądu elewacji budynków, jednocześnie przystosowując warunki techniczne do wymogów współczesnego leczenia. Krakowski szpital wojskowy ma również swój udział w zapewnieniu opieki medycznej polskim misjom pokojowym w siłach ONZ. W grudniu 1973 r. grupa dziesięciu lekarzy i pięciu pielęgniarek naszego szpitala współorganizowała szpital w Ismaili w Egipcie, a w 1975 r. i 1976 r. kilkusobowe grupy personelu medycznego były kierowane do pracy w tym szpitalu. W latach następnych nie tylko personel lekarski czy pielęgniarski, lecz także inne osoby z kadry zawodowej pełniły służbę w siłach pokojowych oraz w misjach pokojowych ONZ. Ten stan oczywiście trwa do dzisiaj, bo nasi lekarze, nasze pielęgniarki i nasi pracownicy wojskowi nadal uczestniczą w misjach pokojowych lub w misjach zleconych przez Ministerstwo Obrony Narodowej. W 1985 r. szef Sztabu Generalnego Wojska Polskiego w uznaniu dorobku naukowego oraz kwalifikacji kadry lekarskiej zarządzeniem nr 15/ORG z dnia 6 kwietnia przemianował krakowski szpital wojskowy na 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką.

Od roku 1959 do początku roku 2004, z przerwami, szpital prowadził na rzecz miasta Krakowa tak zwane ostre dyżury chirurgiczne, przyjmując do leczenia pacjentów i wykonując około trzydziestu zabiegów operacyjnych w trakcie każdego dyżuru. Od lat pięćdziesiątych zespoły lekarzy i pielęgniarek biorą udział w tak zwanych białych niedzielach lub sobotach, prowadząc badania profilaktyczne i diagnostyczne dla ludności głównie wiejskiej na terenie województwa małopolskiego. Szczególnie chcemy się skupić na tych miejscach, na tych powiatach czy gminach, gdzie dostęp do opieki specjalistycznej jest zdecydowanie utrudniony, bądź na tych środowiskach, które z uwagi na pacjentów, jakich mamy u siebie, traktujemy jako szczególnie wymagające interwencji specjalistów. Są to na przykład gminy: Bolesław, Skawina czy Olkusz. Oczywiście zamierzamy kontynuować tego typu działalność. W latach osiemdziesiątych wyremontowano i odnowiono kaplicę szpitalną, a po jej uroczystym poświęceniu przez metropolitę krakowskiego księdza kardynała Franciszka Macharskiego oddano ją w dniu 26 grudnia 1989 r. do użytku pacjentów i załogi szpitala.

Od stycznia 1999 r. szpital wojskowy w Krakowie rozpoczął nowy okres w swojej długoletniej historii jako 5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Stał się bardziej otwarty dla pacjentów ze środowiska cywilnego z terenów nie tylko Małopolski. Struktura organizacyjna szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej została dostosowana zarówno do wymogów, jakie musi spełniać współczesna medycyna wobec możliwości stosowania nowoczesnych metod leczenia, diagnostyki, profilaktyki, jak i do zawartych umów na świadczenia usług medycznych, a także do realizacji zadań zleconych przez Ministerstwo Obrony Narodowej. Jak państwo widzicie, mamy tutaj pokazane etapy przekształcania się szpitala: od 5. Okręgowego Szpitala Wojskowego w roku 1946 do 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką od 1 stycznia 1999 r.

Nadzór służbowy nad działalnością szpitala sprawuje w imieniu ministra obrony narodowej pełnomocnik ministra obrony narodowej do spraw resortowej opieki zdrowotnej. W roku 1999 r. Wojewódzki Oddział Służby Ochrony Zabytków w Krakowie postanowił wpisać do rejestru zabytków zespół zabudowań szpitala wojskowego, uznając jego zabytkowy charakter. Kompleks zabudowań naszego szpitala należy do ważniejszych przykładów architektury secesyjnej w Krakowie. W roku 2002 decyzją ministra obrony narodowej z dnia 6 marca została wprowadzona odznaka pamiątkowa

5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką. A na przełomie roku 2003 i 2004 rozpoczął funkcjonowanie Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć, obejmując swym zasięgiem działania rejon miasta Krakowa z ponad dwustoma tysiącami mieszkańców. W tym okresie wprowadzono wiele zmian organizacyjnych, w wyniku których usprawniono funkcjonowanie pionu leczenia zamkniętego i otwartego z jednoczesnym dostosowaniem do wymogów stawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz oczekiwań pacjentów. Był to oczywiście, proszę państwa, przełom, ponieważ szpital, który wydawałby się z pozoru szpitalem hermetycznym, zamkniętym z uwagi na początkowo resortowy charakter placówki, z uwagi na organ założycielski, tak naprawdę w momencie powstania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć stał się szpitalem publicznym, ogólnodostępnym, otwartym i zapewniającym, jak my to nazywamy w Krakowie, kawałek tortu, który przypadł nam w udziale. Jest to więcej niż dwieście tysięcy pacjentów i podopiecznych tego rejonu. Po wprowadzeniu kolejnych zmian i nowelizacji przepisów od początku 2004 r. szpital stał się bardziej otwarty dla wszystkich zainteresowanych otrzymaniem pomocy medycznej, przestał już mieć charakter wojskowej placówki służby zdrowia.

Długoletnia historia jednostki wojskowej szpitala i jej zasługi dla wojskowej służby zdrowia zaowocowały nadaniem mu jako pierwszemu szpitalowi wojskowemu imienia polskiego generała patrioty, wspaniałego profesora medycyny zasłużonego dla kraju i dla wojska. Mieliśmy okazję być przy obelisku poświęconemu naszemu patronowi, generałowi brygady profesorowi doktorowi habilitowanemu medycyny Marianowi Garlickiemu, znakomitej postaci świata ortopedycznego, wspaniałemu człowiekowi, który między innymi był pierwszym rektorem Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Zasłużony zarówno dla placówek w Warszawie, Śląskiej Akademii Medycznej, jak i dla szkolnictwa medycznego.

W celu uhonorowania i wyróżnienia żołnierzy zawodowych i pracowników cywilnych wojska, szczególnie zaangażowanych w służbę i w pracę w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką, decyzją ministra obrony narodowej z dnia 22 grudnia w sprawie nadania imienia 5. Wojskowemu Szpitalowi Klinicznemu z Polikliniką w Krakowie zostało nadane mu imię generała brygady profesora doktora habilitowanego medycyny Mariana Garlickiego. W wyniku tej decyzji szpital dołączył do grona jednostek i instytucji wojskowych, dla których uhonorowaniem tradycji wojskowych jest otrzymanie imienia patrona – patrioty zasłużonego dla ojczyzny i sił zbrojnych.

Drodzy Państwo, szpital wojskowy w Krakowie jest placówką wojskowej służby zdrowia, kierującą działalnością profilaktyczno-leczniczą na terenie trzeciego obwodu profilaktyczno-leczniczego, obejmującego swym zasięgiem województwa: małopolskie, świętokrzyskie, śląskie i łódzkie.

Jeżeli chodzi o zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych, to będziecie państwo uprzejmi wziąć pod uwagę, że są to nie tylko diagnostyka i leczenie pacjentów zgodnie ze standardami współczesnej wiedzy medycznej, bo to jest sprawa oczywista, lecz również wykonywanie badań specjalistycznych lub wysokospecjalistycznych na potrzeby orzecznictwa wojskowo-lekarskiego lub prowadzenie badań naukowych pod względem medycznym na potrzeby instytucji mających uprawnienia, które nas o to proszą, bo jesteśmy placówką naukowo-szkoleniową. To jest również propagowanie idei honorowego krwiodawstwa. Prowadzimy rehabilitację leczniczą również w zakresie świadczeń zdrowotnych.

Prosiłbym o szybsze wyświetlanie slajdów.

Zadania z zakresu świadczeń zdrowotnych obejmują również badania diagnostyczne w zakresie analityki medycznej. W tym miejscu muszę państwu powiedzieć, że mamy jedną z najlepszych placówek analitycznych w Krakowie. Prowadzimy leczenie stomatologiczne w zakresie zarówno protetyki, ortodoncji, jak i stomatologii zachowawczej. Realizujemy programy profilaktyczno-zdrowotne i zadania lecznicze na podstawie umów zawieranych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia i centralą Narodowego Funduszu Zdrowia. Ściśle współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Obrony Narodowej, upowszechniamy również oświatę zdrowotną wśród chorych oraz w jednostkach i instytucjach wojskowych obwodu profilaktyczno-leczniczego.

Realizacja innych zadań zdrowotnych również leży w gestii naszego szpitala. Zadania z zakresu przygotowań do wykonywania zawodu medycznego, czyli kształcenie osób pełniących zawód medyczny, macie państwo przedstawione w krótkim schemacie, czyli chodzi o staże podyplomowe dla lekarzy i farmaceutów, prowadzenie praktyk studenckich dla studentów akademii medycznych, oczywiście nie tylko wojskowych, lecz również Uniwersytetu Medycznego czy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zajmujemy się prowadzeniem praktyk i przyuczenia zawodowego dla słuchaczy średnich szkoleń z zakresu pomocy medycznej i ratownictwa medycznego. Ratownictwo medyczne teraz, w związku z powstawaniem nowej ustawy o ratownictwie medycznym, będzie wymagało szkolenia olbrzymiej rzeszy ratowników medycznych. Organizowanie sympozjów naukowych, konferencji tematycznych i innych form kształcenia leży oczywiście w zakresie naszej działalności i robimy to na bieżąco. Prowadzimy szkolenia doskonalące kadry medyczne oraz działalność naukowo-badawczą w różnych dziedzinach medycyny i na różnym szczeblu, zarówno dotyczy to lekarzy, jak i średniego personelu medycznego i technicznego.

Mamy również przewidziane do realizacji inne zadania dydaktyczne, które są nam zlecane przez Ministerstwo Obrony Narodowej. I tak są to: przygotowania organizacyjne, kadrowe, szkoleniowe, materiałowo-techniczne sił i środków służby zdrowia do przejścia na struktury czasu „W”, przygotowania szpitala do realizacji zadań mobilizacyjnych w czasie „W”, zabezpieczenia medycznego w okresach klęsk żywiołowych i katastrof. To bardzo istotny punkt, który nabrał zupełnie innego wymiaru w momencie próby stworzenia sieci szpitali ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. Do naszych zadań należy również: opracowywanie dokumentacji mobilizacyjnej, szkolenie kadry na przydziałach mobilizacyjnych w ramach załączków, szkolenie żołnierzy rezerwy, utrzymanie zapasów oraz ich rotowanie, realizacja inwestycji i wyposażanie w sprzęt i aparaturę, utrzymywanie bazy niezbędnej do realizacji zadań mobilizacyjnych, zapewnienie ciągłości zaopatrzenia logistycznego, w tym medycznego, szpitala, współpraca z organami administracji rządowej, samorządowej oraz wojskowej w zakresie realizacji statutowych zadań szpitala. Realizacja innych zadań związanych z utrzymaniem obiektów szpitala to jest życie codzienne, czyli zabieganie o to, żebyśmy mogli realizować zarówno te zadania przydzielone przez ministra obrony narodowej, jak i te wynikające ze statutu szpitala.

Droży Państwo, jeżeli chodzi o obwód profilaktyczno-leczniczy wojskowej służby zdrowia, to zgodnie z definicją jest to wydzielony rejon kraju obejmujący swoim zasięgiem obszar administracyjny jednego województwa lub większej liczby

województw, na którym rozmieszczone są zakłady opieki zdrowotnej wojskowej służby zdrowia oraz pozaresortowe zakłady opieki zdrowotnej. Jak wspomniałem, mamy osiem obwodów profilaktyczno-leczniczych wojskowej służby zdrowia, co zostało przedstawione na tym schemacie. Zasięgiem naszego działania są objęte województwa: łódzkie, świętokrzyskie, śląskie i małopolskie. Powierzchnia obwodu wynosi 58 tysięcy 732 km², co stanowi 18,2% powierzchni Polski, a to z kolei odpowiada 31,32% ogółu ludności. Zwracam państwu uwagę na dwa wskaźniki: 18,2% i 31,32%, czyli nasz obwód profilaktyczno-leczniczy obejmuje 18,2% powierzchni kraju, ale to bez mała stanowi 1/3 ludności kraju.

Jeżeli chodzi o strukturę, to 64% ogółu ludności mieszka w miastach, mamy sto dziewięćdziesiąt dwa miasta, sześćdziesiąt dziewięć powiatów, sześćset dwadzieścia pięć gmin, cztery stacjonarne szpitale wojskowe, w tym dwa uzdrowiskowo-rehabilitacyjne, dwie jednostki nowo formowane z przedstawionymi propozycjami przez wojewodów, sto trzydzieści dziewięć pozaresortowych zakładów opieki zdrowotnej, czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, i wydzielone łóżka dla Sił Zbrojnych RP na czas „W”.

W zakresie realizacji zadań obronnych 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką współpracujemy z czterema wojewódzkimi sztabami wojskowymi w Krakowie, Kielcach, Łodzi i Katowicach, dwoma wojskowymi ośrodkami medycyny prewencyjnej w Krakowie i we Wrocławiu oraz działającymi w imieniu wojewodów czterema wydziałami zarządzania kryzysowego urzędów wojewódzkich, odpowiednio w Krakowie, Kielcach, Łodzi i Katowicach. Na tym slajdzie macie państwo jeszcze raz przedstawiony w zbliżeniu rejon profilaktyczno-leczniczy, zakres odpowiedzialności i miasta ze szpitalami głównymi, czyli Łódź, Katowice, Kraków i Kielce.

Droży Państwo, krakowski szpital wojskowy to nowoczesny zakład leczniczy mieszczący się w starych zabytkowych obiektach pawilonowych, zapewniający wysoko-specjalistyczną opiekę medyczną przez doświadczony personel lekarski i pielęgniarski w klinikach i licznych oddziałach leczniczych. Szpital jest wyposażony w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny, świadczy pełen zakres usług diagnostyczno-terapeutycznych i rehabilitacyjnych w nowoczesnych zakładach i pracowniach, zapewnia opiekę medyczną w specjalistycznych przychodniach, poradniach i gabinetach. Oprócz oddziałów pediatrycznego i położniczego dysponujemy pełnym przekrojem wszystkich oddziałów. Szpital spełnia funkcję konsultacyjną w stosunku do innych resortowych zakładów opieki zdrowotnej, współpracujemy z uczelniami i szkołami wyższymi, szpitalami i innymi zakładami leczniczymi, organami administracji rządowej, wojskowej i samorządowej. Szpital prowadzi również działalność dydaktyczną, naukową, realizuje zadania w zakresie przygotowywania przyszłych kadr do wykonywania zawodu medycznego.

Oczywiście krakowski szpital wojskowy jest kuźnią nowych pokoleń lekarzy. Mielicie państwo dzisiaj możliwość wejść na świeżo otwarty oddział neochirurgii składający się z młodej ambitnej kadry. Na miarę potrzeb rozwijamy tę część lecznictwa szpitalnego, która ma nam zapewniać komfort w leczeniu, a także ma świadczyć o rozwoju tego szpitala. Krakowski szpital wojskowy współpracuje bardzo ściśle z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz innymi wyższymi i średnimi uczelniami, nie tylko medycznymi, Krakowa.

Droży Państwo, pora na krótką prezentację bieżącej działalności szpitala. I w tym miejscu chciałbym, abyście państwo zwrócili uwagę na niektóre dane liczbo-

we, jeżeli chodzi o grupy zawodowe w naszym szpitalu. I tak mamy: osiemdziesięciu dwóch lekarzy medycyny wśród pracowników cywilnych – to jest liczba etatów – sześćdziesięciu trzech lekarzy wśród żołnierzy zawodowych, trzynastu stomatologów, wśród żołnierzy trzech, pracowników cywilnych, pozostały wyższy personel stanowi trzydzieści sześć osób, czterech żołnierzy zawodowych, pracownicy cywilni w pielęgniarstwie to dwieście dziewięćdziesiąt dwie osoby, pozostały personel, w tym żołnierze zawodowi. Razem osiemset siedemdziesiąt sześć etatów plus stażyści, rezydenci, ogółem dziewięćset trzydzieści jeden etatów.

Droży Państwo, jeżeli chodzi o strukturę zatrudnienia, to 90% personelu, tak jak państwo widzicie na tym diagramie, stanowią pracownicy cywilni szpitala, a 10% stanowią żołnierze zawodowi.

Jeżeli chodzi o strukturę wynagrodzenia, to 77% stanowi wynagrodzenie dla pracowników cywilnych, a 23% dla żołnierzy zawodowych.

Jeżeli chodzi o bazę łóżkową szpitala, to jest czterysta osiemdziesiąt jeden łóżek. Myślę, że docelowo do końca roku będzie około pięciuset łóżek. To są nasze plany, ale żeby one mogły być zrealizowane, to oczywiście musimy skupić się na sprawach przyziemnych, takich choćby jak finanse.

Droży Państwo, wyniki finansowe z działalności szpitala w latach 1999–2005. Jeżeli byśmy popatrzyli na wysokość przychodów, to zauważymy, że w roku 2005 w porównaniu do 2004 nastąpił znaczny wzrost. Proszę zauważyć, że szpital cały czas wykazywał deficyt, czyli wynik finansowy był ujemny. Po raz pierwszy, proszę zwrócić uwagę, pojawia się ten punkcik tuż nad kreską. Jest to wynik bardzo ciężkiej pracy w trudnych warunkach finansowych, czyli wynika z tego, że pewien proces został zahamowany. Tę tendencję malejącą widać praktycznie od 2003 r. i jest to oczywiście pocieszające. Droży Państwo, to jest światełko w tunelu dla naszego szpitala i jest to zysk bilansowy po raz pierwszy praktycznie od 2000 r.

Należy zatem postawić pytanie: jakim trud należało w to włożyć i ile kosztowało to wyrzeczeń, żeby szpital mógł zahamować pewien proces degradacji finansowej, zjadania własnego ogona? Oczywiście jest to proces długotrwały i jeżeli popatrzylibyśmy państwo na to zestawienie przychodów i kosztów w latach 1999–2006, to chciałbym tylko, żebyście państwo zwrócili uwagę na to, że maleje różnica, na przykład w roku 2004, pomiędzy kosztami działalności operacyjnej a przychodami ze sprzedaży. Ten dystans między jednym a drugim jest coraz mniejszy. To, że przychody równoważą nam koszty, jest objawem pewnego ozdrowienia sytuacji. Oczywiście są to pobożne życzenia i przed nami jeszcze daleka droga prowadząca do zbilansowania się szpitala. Ale pozytywne tendencje zmniejszania się tej różnicy w działalności operacyjnej świadczą o tym, że szpital zmierza w dobrym kierunku.

Droży Państwo, oczywiście to, o czym mówiłem – wróciłbym jeszcze na chwilę do poprzedniego slajdu – czyli utrzymanie tej tendencji, wynika z planu restrukturyzacji finansowej, w który weszliśmy jako zakład zgodnie z ustawą z 15 kwietnia 2005 r. o restrukturyzacji finansowej. Jest to bardzo duża odpowiedzialność, jest to reżim trzymania się pewnych zasad określonych w planie naprawczym i nie ma takiej możliwości, żeby szpital nie wywiązał się z tych zobowiązań. Jakim kosztem, pozostawiam to bez komentarza.

Z naszej strony dużej konsekwencji wymaga również restrukturyzacja funkcjonalna, która jest logicznym następstwem restrukturyzacji finansowej. I to, co państwo

możliście przy okazji obejrzeć, czyli nowo powstały oddział neochirurgii, to jest początek drogi. Jest to oddział osiemnastołóżkowy na bazie wcześniejszego oddziału urologii, który był oddziałem deficytowym i który nie spełniał oczekiwań finansowych.

Jeżeli chodzi o niski poziom finansowania działalności, który mamy zaznaczony na slajdzie – to jest porównanie szpitali w Warszawie, we Wrocławiu, w Bydgoszczy i w Krakowie w roku 2005 i w roku 2006 – to proszę zwrócić uwagę, że jesteśmy na szarym końcu, jeżeli chodzi o finanse. To są dane liczbowe, proszę je prześledzić, w 2005 r. to jest 36 milionów zł, a w 2006 r. – 38 milionów zł. Jest to po prostu bardzo trudna sytuacja, jeżeli chodzi o tak zwaną swobodę. Pamiętajcie państwo, że szpital wychodzi z długów, szpital musi zabezpieczać wierzycieli, którzy każdego dnia pukają nam do drzwi. Restrukturyzacja finansowa pomogła szpitalowi wziąć odrobinę oddechu, ale nie jest to remedium na wszystkie kłopoty i problemy finansowe tak dużej placówki.

Analiza kontraktów wykazuje, że nasz zakład posiada największą różnorodność, jeżeli chodzi o świadczenie usług medycznych. Również jeżeli chodzi o rodzaje świadczeń w grupie zakładów przedstawionych na slajdzie, mamy największą różnorodność, o której już wspominałem. Tylko, Drodzy Państwo, czy tak powinno być, czy powinny istnieć takie dysproporcje? To się oczywiście odbywa kosztem załogi, która jest niemała, ale z drugiej strony w dalszym ciągu wymaga wielu wyrzeczeń. Musimy wybierać, czy mamy te pieniądze, czyli tak zwany objaw za krótkiej kołdry, przeznaczyć na leki, nowsze technologie, nowszy sprzęt czy musimy zabezpieczać to, co grozi na przykład katastrofą, jeżeli chodzi o inwestycje. Jest to bardzo trudna sytuacja wyboru, a zakładamy, że pacjent nie może na tym ucierpieć w żadnej sposób. W związku z tym nie ma możliwości, tylko wypada nam ciąć koszty i patrzeć na realizację tych zadań, które przed nami wyznacza w tym bardzo skromnym kontrakcie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Drodzy Państwo, na następnym slajdzie są przedstawione wyniki podjętych działań w ramach restrukturyzacji finansowej, zarówno w sferze przychodów, kosztów, kosztów działalności ogółem, kosztów pracy, zobowiązań łącznie, jak i zobowiązań wymagalnych. Przede wszystkim jest tu widoczna pewna tendencja. Zwróćcie uwagę, że zobowiązania łącznie mają zdecydowaną tendencję zniżkową, tak samo zobowiązania wymagalne. Nie jest to dziełem przypadku. Ta struktura świadczy o tym, że stajemy się powoli, bardzo powoli wiarygodni dla naszych partnerów strategicznych, czyli dla naszych wierzycieli. To oni nam spać nie dają i spędzają sen z powiek, żeby w jakikolwiek sposób ich zabezpieczyć.

Przychody zwiększają się systematycznie. W bieżącym roku nie należy się spodziewać większego wzrostu, gdyż NFZ zablokował podwyższenie kontraktów, mając na uwadze gromadzenie środków na październikowe podwyżki płac, tak zwany znaczony pieniądz, czyli ustawę 30%. Wzrost kosztów płacy w tym roku skutkuje brakiem strajków, wzrost ten jest wynikiem uporządkowania systemu wynagradzania pracowników.

Drodzy Państwo, uważam, że powzięliśmy bardzo śmiałe wyzwanie, mianowicie od 1 stycznia tego roku przeprowadziliśmy zupełnie nową w skali kraju restrukturyzację polegającą na waloryzacji świadczeń płacowych wszystkich pracowników. Od piętnastu lat nie było w naszym szpitalu podwyżek, załoga była tym zbulwersowana, zastałem sytuację bardzo dramatyczną, jeżeli chodzi o podejście pracowników i ich żądania w stosunku do zakładu pracy. Musiałem podjąć wyzwanie, czy będziemy w stanie temu sprostać. Pochłonęło to masę kosztów, ale dzięki temu uporządkowaliśmy system, który ma na uwadze przede wszystkim promowanie bardzo dobrych i wy-

kształconych pracowników oraz pokazywanie im dróg rozwoju. Oczywiście to zagwarantowało jedno, że uchroniło nas przed strajkami pracowników cywilnych, ale mogło się stać coś gorszego, mianowicie ucieczka pracowników najlepiej wykształconych do placówek konkurencyjnych. Wprowadzenie wartościowania stanowisk pracy jest nowoczesną metodą w zarządzaniu i to jest chyba pierwszy szpital, który wprowadził taką restrukturyzację czy wartościowanie.

Droży Państwo, chciałbym wrócić do części kosztów dotyczących pracy żołnierzy zawodowych, ponieważ jest prawdą, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ma również kadre zawodową mundurową. I ta kadra opłacana jest nie przez ministra obrony narodowej, lecz przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Jeżeli chodzi o proporcje wynagrodzeń w grupie żołnierzy zawodowych, to decyzje zapadają poza komendą szpitala, czyli pan minister obliguje nas do wypłaty naszym żołnierzom takich a nie innych sum, które stanowią nasz koszt. Koszty tych wynagrodzeń obciążają oczywiście przychody zakładu i 10% załogi, którą stanowią lekarze w mundurach czy w ogóle żołnierze zawodowi, pochłania 23% całkowitych kosztów pracy, czyli są to pewne proporcje, które zostały zdecydowanie zachwiane.

Zobowiązania wymagalne, mają – tak jak pokazywałem – tendencję malejącą i pozytywnie rokują na przyszłość.

O innych zagrożeniach zakładu, jeżeli państwo pozwolicie, opowiem później.

Droży Państwo, muszę przedstawić państwu tę tabelę jako pewne novum. Zauważcie, jakie kwoty były przeznaczane z dotacji budżetowych MON dla naszego szpitala w poszczególnych latach. W 2003 r. było to 480 tysięcy zł, w 2004 r. – 703 tysiące 584 zł. I proszę zwrócić uwagę, co się nagle stało. Nagle w roku 2005 pojawia się kwota 7 milionów 57 tysięcy 607 zł. Są to działania, które zapoczątkował pełnomocnik ministra obrony narodowej do spraw resortowej opieki zdrowotnej, uświadamiając panu ministrowi, że medycyna wojskowa musi kosztować, jeżeli ma stać na odpowiednim poziomie. I to, co otrzymał nasz szpital, było częścią środków, które zasiliły placówki resortowej opieki zdrowotnej w liczbie pięćdziesięciu czterech w naszym kraju. Co to dla nas oznaczało? Droży Państwo, oznaczało to dla nas tak duże pieniądze, o których nikomu w tym szpitalu się nie śniło, bo jeżeli państwo zwążyć, że bez mała 5 milionów 750 tysięcy zł przeznaczono na sprzęt medyczny, to wykorzystaliśmy tę dotację za rok 2005 co do grosza. I muszę państwu powiedzieć, że w znakomity sposób poprawiło to strukturę przestarzałego sprzętu medycznego w tej placówce.

Jeżeli chodzi o ten rok, to niestety, na sprzęt mamy tylko 880 tysięcy zł, ale myślę, że z uwagi na to, że pełnomocnik musi mieć też trochę oddechu w stosunku do naszych potrzeb. Może dał nam dużo w zeszłym roku i w tym roku dostaliśmy mniej, ale może w przyszłym roku będzie dla nas równie łaskawy. Te działania mają na celu zatrzymanie pewnych procesów, które doprowadziłyby do bardzo trudnej sytuacji niemożliwości używania starego sprzętu w naszych placówkach.

Zwróćcie państwo uwagę również na to, że ta kwota 5 milionów 955 tysięcy 900 zł jest związana z inwestycjami dotyczącymi szpitala w postaci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć. Zapoczątkowaliśmy tę inwestycję w zeszłym roku i wszystko wskazuje na to, że oddamy ją do użytku w tym roku, mamy newralgiczny punkt w szpitalu. I druga część to jest pawilon 9, czyli psychiatria. To będzie nowoczesny oddział psychiatryczny, ponieważ mamy w tej chwili sześćdziesiąt łóżek na tym

oddziale, czyli stanowi to praktycznie najwięcej w Wojsku Polskim, również w tym roku oddajemy do użytku nowocześnie urządzone oddział psychiatrii.

Jeżeli chodzi o przykład finansowania działalności na podstawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć, to jest to, Drodzy Państwo, pewne novum, które powstało, w odróżnieniu od samej izby przyjęć, którą mieliśmy w 2002 r. Proszę zobaczyć, że Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izłą Przyjęć pojawia się w 2003 r. I cóż widzimy? Proszę zwrócić uwagę tylko na te żółte punkciki, one przedstawiają nam ryczałt dobowy w złotych, czyli 4 tysiące 600 zł od 2003 do 2006 r. ma nam wystarczyć dla pacjentów, których zaopatrujemy, a proszę zobaczyć, jak wyglądają liczby, jeżeli chodzi o przyjęcia do tego szpitalnego oddziału ratunkowego. Nastąpił wzrost z ośmiu tysięcy w 2003 r. do dwudziestu jeden tysięcy w 2006 r.

Poziom finansowania działalności w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego pozostawia oczywiście, Drodzy Państwo, wiele do życzenia. I z tego powodu w zeszłym roku szpitalny oddział ratunkowy miał deficyt rzędu 1 miliona 400 tysięcy zł. Powstają zatem pytania: skoro jest taka duża strata, czy likwidować ten oddział? Jak to się ma do powstania sieci szpitali krajowych, planowanej na jesień tego roku? To są decyzje strategiczne, rozsądek nakazałby natychmiast zamknąć ten oddział, Drodzy Państwo, ale wówczas pozostawimy pacjentów z rejonu naszego szpitala bez szans na szybką pomoc. I dlatego nie można tego zrobić. Pozostaje drugi problem – finanse. Nie może być finansowanie na poziomie 4 tysiące 600 zł, jeżeli doba kosztuje nas minimum 8 tysięcy zł. Część świadczeń jest finansowana zdecydowanie poniżej kosztów. Które to są świadczenia? Oczywiście te, które są zawarte w procedurach medycznych, niedoszacowane. I możemy mnożyć przykłady: chirurgia, ortopedia, chemioterapia, interna itd., itd.

Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększa fundusze dla POZ, podstawowej opieki zdrowotnej, ale jak państwo myślicie, skąd wzięły się takie różnice między 2003 r. a 2006 r., jeżeli chodzi o liczbę przyjmowanych pacjentów? Po prostu lekarze POZ pozbywają się problemu, odsyłając swoich pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego. Lekarz mówi: dzisiaj nie będę pana badał, pójdzie pan do SOR i tam będzie pan zaopatrzony. I tak to się odbywa. Lekarze mają dodatkowe pieniądze, za sprawą Porozumienia Zielonogórskiego, strajków, a tak naprawdę uderza to w szpitale, które są SP ZOZ, nie w szpitale niepubliczne, bo te dobierają sobie pacjentów z tak zwanych wysokich procedur. To my ponosimy koszty nieudacznictwa POZ.

Bardzo proszę o następny slajd. Liczba pacjentów od 2003 r. do 2006 r.... tutaj podano te liczby między 2003 r. a 2004 r., ale dalej one się układają według pewnej krzywej ...ma tendencję wzrostową. Musimy dziękować Bogu, że pacjenci chcą się u nas leczyć, bo sądzę, że nadejdą takie czasy, kiedy pacjenci rzeczywiście będą wybierać placówki wysoko specjalistyczne.

Coraz większym wzięciem cieszą się takie oddziały szpitalne, jak: rehabilitacja, ortopedia, okulistyka, opieka długoterminowa czy oddział paliatywny, bo takie są potrzeby rynku. Staramy się zaistnieć na rynku, wprowadzając nowy produkt lub wypełniając pewne nisze, które pojawiają się na rynku usług medycznych.

Bardzo proszę o kolejny slajd. Chodzi tu o przedsięwzięcia podejmowane w ramach restrukturyzacji, która jest procesem dynamicznym, przebiegającym nierównomiernie. Musimy dostosować działalność do potrzeb i możliwości finansowania, jeżeli nas nie stać na duży oddział, bez tego nie ma co marzyć o rozwoju szpitala. Obłożenie

oddziału jest rzędu 20–30%, chociaż puste łóżka jeszcze o niczym nie świadczą, bo tak naprawdę to procedury decydują o kontrakcie. Jeżeli jest lichy kontrakt, nie możemy sobie pozwolić na utrzymanie oddziału, na przykład oddział urologii jest przenoszony do oddziału chirurgii. W tej chwili mamy oddział neurochirurgii, rozwinięty do osiemnastu łóżek, bo on przynosi pieniądze. Liczymy na to, że w przyszłości pieniądze w kontrakcie będą dużo większe. Jeżeli działalność oddziału dermatologii jest ograniczona z powodu braku specjalistów, można go przenieść do oddziału chorób zakaźnych i przy tej liczbie łóżek, wystarczającej do zrealizowania kontraktu, da się doskonale współpracować. Oczywiście przykłady można mnożyć.

Redukcja kosztów działalności. Drodzy Państwo, nie kto inny, lecz pełnomocnik ministra obrony narodowej do spraw resortowej opieki zdrowotnej wskazał nam drogę ekonomiczną i powiedział: panowie, możecie mieć fantazję, ale jeżeli nie jest poparta finansami, nic z tego nie wyjdzie. Musicie wykazać, że macie bilansowanie swoich oddziałów i swoich szpitali, czyli myślicie w kategoriach ekonomicznych. Do tej pory było to niemożliwe. W szpitalach, Drodzy Państwo, nikt nie liczył kosztów, takie były przyzwyczajenia, bo szpital był finansowany z budżetu. Obecnie są nowe realia, cztery razy musimy patrzeć na wydawany pieniądź, od każdej strony, bo tak naprawdę tych pieniędzy nie ma.

Oczywiście planuje się rozwijanie nowych oddziałów, prowadzenie nowej działalności, na przykład jest potrzebny dwudziestołóżkowy oddział reumatologiczny, w rejonie Małopolski jest całkowity deficyt w tym zakresie. Rozwijamy również laryngologię, mamy samodzielnego pracownika naukowego i bardzo dobrą kadrę. Rozwijamy inne oddziały: gastroenterologię, kardiologię, bardzo ściśle współpracujemy ze szpitalem imienia Jana Pawła II i w zasadzie nie ma tam kolejek, dlatego że jesteśmy w stanie szybko zdiagnozować pacjentów.

Oczywiście jeżeli chodzi o redukcję kosztów działalności, to przede wszystkim musimy, Drodzy Państwo, patrzeć na redukcję kosztów pracy, bo jest to wykładnikiem czy miarą naszych możliwości. Koszty dotyczące pracowników są oczywiście największe. Uderzając w ten czuły punkt, a jest to czuły punkt ze względu na pewne wartości społeczne, przekazywane ludziom, musimy pamiętać, że mamy do wyboru albo ratowanie szpitala, albo ratowanie dobrego samopoczucia naszych pracowników. Jest to wybór dramatyczny, ale musimy go zrobić i robimy. Redukcja kosztów pracy to również dopasowywanie liczby pracowników do naszych potrzeb. Zdarzało się, że dwóch, trzech pracowników wykonywało tę samą czynność, w tej chwili nie możemy sobie na to pozwolić.

Oczywiście bardzo istotny jest ten ostatni punkt, próba pozyskiwania nowych źródeł finansowania działalności. Skąd te nowe źródła finansowania? Przede wszystkim, mamy możliwości zwiększenia kontraktów, jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia uzna, że warto nam powierzyć nowe zadania. Możemy pozyskiwać nowe źródła finansowania dzięki działalności polegającej na różnego rodzaju badaniach: orzeczniczych, dotyczących specjalistów w danych dziedzinach i oczywiście robi się to na bieżąco. Czy to jest remedium na nasze problemy? Uważam, że tutaj można by mieć wiele zastrzeżeń, dotyczy to również kosztów. Redukcja kosztów pracy daje niektórym komórkom organizacyjnym możliwość zwiększenia swoich przychodów. I na te komórki dajemy pieniądze, tam dajemy pieniądze, dajemy im możliwość rozwoju. Trzeba również powiedzieć, że rynek służb medycznych rządzi się pewną niespotykaną gdzie indziej

specyfiką. Nad tą specyfiką nie chciałbym się dłużej rozwodzić, chcę natomiast powiedzieć, że bez wątpienia jest wyjątkowo duża konkurencja, jeżeli chodzi o rynek medyczny. Podział środków NFZ czasami jest bulwersujący. Przykład: kontrakt po zlikwidowanym szpitalu kolejowym w Krakowie. Szpital kolejowy tak naprawdę przestał istnieć, natomiast kontrakt zawarty z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez uwzględnienia jakiegokolwiek klucza podziałowego lub z dziwnym kluczem podziałowym, został, pieniądze zostały rozdysponowane, dostaliśmy namiastkę tego, co mogliśmy dostać. Pacjenci natomiast, z tej racji, że szpital kolejowy był najbliższym naszego szpitala, przyszedli do nas. Kolejarz, wiadomo, nie przyjedzie do szpitala dorożką, a raczej koleją, a my jesteśmy bardzo blisko dworca. Tak więc pacjenci „kolejowi” są naszymi pacjentami, podczas gdy pieniądze, które mogliśmy dostać, do nas nie dotarły. Pozostawiam to, Drodzy Państwo, bez komentarza.

W ramach redukcji kosztów działalności, redukcji kosztów pracy, musimy pamiętać również o pewnych kwestiach dotyczących standardów. Możemy mówić o oszczędności, ale moim założeniem od samego początku było utrzymywanie odpowiedniego poziomu leczenia pacjentów. Czy pacjenta można leczyć taniej? Można. Czy można go leczyć krócej? Można. W niektórych dziedzinach medycyny zaczynamy równać się pod względem liczby dni spędzonych w szpitalu z tymi szpitalami, które są na Zachodzie. Może standard tych usług nie jest jeszcze na takim poziomie jak zachodni, ale wiemy, że musimy liczyć koszty. Oddział chirurgiczny jest drogi, oddział obserwacyjny jestem tani, mamy pewną możliwość manewru. Oczywiście, musimy również pamiętać o tym, że to wyniki stanowią o jakości tego szpitala. Historia jest historią, przez ten szpital przewinęły się postacie znaczące dla polskiej medycyny. Ludzie wybitni, specjaliści, mamy tu specjalistów, samodzielnych pracowników naukowych, prowadzimy działalność dydaktyczno-naukową. Ale pamiętajcie, Drodzy Państwo, że jeżeli tych ludzi będziemy redukować, to zadań postawionych przed szpitalem nie będzie można wykonać. To, co się zamyka, jest bardzo trudne do odtworzenia. Przykładem jest nasza ukochana Alma Mater Wojskowa Akademia Medyczna.

Jednym z przykładów przedsięwzięć zwiększających przychody zakładu jest powołanie na bazie naszego oddziału Centralnego Ośrodka Ratownictwa Radiacyjnego. Wspominałem o tym, gdy przechodziliśmy przez teren do szpitala. Ma zasięg wykraczający poza granice kraju, działa również na potrzeby kolejnych krajów i NATO... (*wypowiedź poza mikrofonem*) ...tych możliwości, tych specjalistów, których mamy. Jeżeli mamy rzadkie dziedziny, wykorzystajmy to, wejdźmy w to, jeżeli mamy tylko ludzi i sprzęt, w grupie przedsięwzięć świadczymy również usługi z zakresu medycyny pracy.

Drodzy Państwo, istniejemy i rozwijamy się także dzięki wspaniałym ludziom, którzy wspierają nasz szpital. Otrzymujemy darowizny od sponsorów, oczywiście w jakiś sposób to jest regulowane, nie możemy bowiem traktować tego jako podstawowej działalności. Dla mnie ważna jest każda osoba, która daje serce, daje pieniądze, czasami sprzęt. I dziękuję wszystkim za to, że mamy takich sponsorów, bo gdybyśmy byli kiepscy, nie mielibyśmy ich. Na szczęście z roku na rok tych ludzi przybywa.

Bardzo proszę o następny slajd. Drodzy Państwo, oczywiście dostrzegamy pewne utrudnienia dla działalności SP ZOZ i chciałbym przedstawić państwu pod rozwagę oczywiście nie wszystkie sprawy, które spędzają nam sen z powiek, przede wszystkim kwestię niskiego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych. Nie chodzi nam o podwojenie kontraktu. Jak państwo zauważyliście, praktycznie mamy połowę tego, co

ma w kontrakcie szpital wrocławski czy bydgoski. Kolejnym wyzwaniem dla nas jest brak źródeł finansowania inwestycji i remontów związanych z dostosowaniem obiektów do wymogów ministra zdrowia. Drodzy Państwo, to są niebagatelne, to są olbrzymie pieniądze, które musimy w ten szpital „wpompować”, ponieważ standardy europejskie, standardy, które określa minister zdrowia, muszą być spełnione, w innym bowiem wypadku placówka nie będzie mogła stanąć do konkurencyjnej walki z kimkolwiek.

Warunki i sposób wprowadzenia podwyżek ustawowych – ograniczenie samodzielności działania i rozwoju jakości. Niestety ustawowe podwyżki, wynikające ze sławetnej ustawy 203, rozłożyły szpitale, zapowiadana podwyżka, nie wiedzieć, czemu scedowana na Narodowy Fundusz Zdrowia, tak zwana ustawa 30%, już w tej chwili jest problemem dla wielu dyrektorów placówek służby zdrowia. Wyprzedziłem jak gdyby sprawy związane z regulacjami finansowymi, ale trzeba sobie odpowiedzieć, co się stanie, gdy pod koniec października okaże się, że regulacja 30% musi objąć wszystkich jeszcze raz. Mówi się wprawdzie o porównaniu z 2005 r., ale czekamy z niecierpliwością na zapisy literalne ustawy.

Drodzy Państwo, jeżeli chodzi o ratownictwo medyczne i nowelizację ustawy, przede wszystkim jest mnogość, wielość, co zaznaczyłem, podmiotów decyzyjnych, brakuje natomiast osoby odpowiedzialnej za całość. Czyli powstaje mnóstwo koncepcji systemu ratownictwa medycznego w kraju, my natomiast od lat zgłaszamy ten sam problem – na przykładzie Małopolski, która nie odbiega od innych rejonów kraju – polegający na tym, że nie ma osoby koordynującej i odpowiadającej za służbę zdrowia. Kiedyś tą osobą był lekarz wojewódzki, obecnie ani wojewoda, ani pan marszałek, ani pan prezydent ustawowo nie są umocowani do powołania osoby, która nie tylko będzie sprawowała władzę, lecz także na niej będzie spoczywała odpowiedzialność. W sytuacjach zagrożeń kryzysowych to służba zdrowia musi myśleć, co będzie, a zagrożenia kryzysowe to wyzwanie nie tylko dla niej, lecz także dla sztabu antykryzysowego, który ma wojewoda, koordynacja natomiast działań medycznych jest absolutnie niezbędna. Zwróćcie też państwo uwagę na nowelizację ustaw o ZOZ, na ograniczenie ich działalności i zwiększenie liczby podmiotów kontrolujących. Cały ciężar administracji, cały ciężar odpowiedzialności jest przerzucany na SP ZOZ. A ile jest osób, które kontrolują SP ZOZ? Kontrola jest rzeczą naturalną, jest to placówka publiczna, nie mamy żadnych rzeczy, które chowamy po kątach, musimy być otwarci, klarowni, przejrzysti, tak, tylko że w tym szaleństwie chyba jest jakaś metoda, bo liczba osób kontrolujących z roku na rok rośnie, pieniędzy natomiast jest jakby mniej.

Jeżeli chodzi o planowaną sieć szpitali krajowych, brakuje przejrzystych kryteriów doboru, zdecyduje o tym prawdopodobnie marszałek. O które szpitale zadba w pierwszej kolejności, jak myślicie, Panowie?

(Głos z sali: O swoje szpitale.)

O swoje szpitale, bo bliższa ciału koszula. Problemy, które teraz zgłaszamy, wybiegają trochę w przyszłość, ale one dotkną wszystkie szpitale resortowe. Stanowimy konkurencję dla tych szpitali, niejednokrotnie dużą konkurencję, czyli zagrożenie – przykład szpitala kolejowego – i dlatego zabiera się nam, ile tylko jest możliwe.

Na koniec muszę powiedzieć o niezbędnych zadaniach stojących przed placówką, związanych z utrzymaniem infrastruktury i dostosowaniem tych obiektów do wymogów ministra zdrowia.

Drodzy Państwo, oglądaliście część szpitala, więc sami widzicie, że włożenie w ten szpital, który zajmuje prawie 10 ha w centrum Krakowa, 100 milionów zł, praktycznie ni-

czego nie zmieni. Jest oczywiście kilka rzeczy, które musimy zrobić, jest plan, jak my ten szpital widzimy w perspektywie najbliższych dziesięciu lat, bo tak należy to postrzegać. Absolutnie jest niezbędna modernizacja budynku polikliniki nr 1 i nr 12 czy wjazdu do szpitala, który państwo widzieliście, w tej chwili znajdujemy się w budynku komendy. Drodzy Państwo, to nam gwarantuje utrzymanie kontraktu, jeżeli chodzi o POZ, specjalistkę, z Narodowym Funduszem Zdrowia. Standardy w tych dwóch obiektach są, delikatnie mówiąc, naciągnięte i musimy się spieszyć, żeby to zrobić. Skąd pieniądze? Oczywiście, musi je zagwarantować organ założycielski. Niezbędna jest też modernizacja bloku operacyjnego, centralny blok operacyjny jest potrzebą chwili, on jest przestarzały, krzyżowanie się traktów itd., itd. obecnie nie wchodzi w grę. Czym to grozi? Zerwaniem kontraktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak więc to jest bardzo pilna potrzeba, musimy się z tym spieszyć.

Przebudowa całego systemu energetycznego. Zwróćcie państwo uwagę, jaki tu jest piękny teren. Może się jednak stać tak, jak to Zorba z „Greka Zorby” powiedział, że po pewnym czasie będzie piękna katastrofa. Po prostu pochłania to wszystko taką ilość energii, że system energetyczny, który jest w szpitalu, musimy absolutnie wyrzucić do góry nogami. Mamy koncepcję, mamy możliwości, potrzebujemy odrobiny pieniędzy. Liczymy nie tylko na Ministerstwo Obrony Narodowej, lecz także na naszych kochanych partnerów z Unii Europejskiej.

Jeżeli chodzi o budowę sieci strukturalnych, jednolitego systemu informatycznego, muszę powiedzieć, że zastałem szpital bez jakiegokolwiek sieci informatycznej. Sieć informatyczna w szpitalu, czyli zbudowanie sieci opartej na zasadzie choinki, z centralnym serwerem, jest wymogiem chwili, bez tego gromadzenie wszelkich danych czy liczenie kosztów jest bardzo utrudnione i wymaga bardzo dużej liczby osób.

Przebudowa wjazdu do szpitala to oczywiście sprawa na później. Widzieliście państwo ten bardzo wąski wjazd, a musimy mieć również zapasową drogę ewakuacji ze szpitala, którą planujemy zrobić itd., itd. Oczywiście każdy obiekt, przez który dzisiaj przechodziliśmy, wymaga natychmiastowego remontu poszycia dachowego, to są stare obiekty, zabytkowe. Jeżeli nie będzie na to pieniędzy, niedługo te obiekty zaczną się po prostu walić, będą grozić katastrofą budowlaną.

Drodzy Państwo, nie zamierzamy zasypiać gruszek w popiele i szukamy własnej, nieraz trudnej drogi, mobilizując ten potencjał ludzi, który mamy. I chciałbym państwa zapewnić, że zgodnie z tym, co teraz jest szczególnie ważne, zgodnie więc polityką oszczędnego państwa oglądamy każdy pieniądz, planujemy wydatki nie na fanaberie, lecz tylko na to, co przynosi zyski i chwałę szpitalowi, czyli dla dobra pacjenta, a to jest celem działalności tej placówki.

Pokazałem oczywiście, Drodzy Państwo, tylko drobny fragment naszej działalności, nie mówiłem o wszystkich codziennych problemach, chociaż mógłbym. Chciałbym, żebyście zrozumieli, będąc tutaj, że zależało mi na tym, aby pokazać wam ten szpital taki, jakim on jest, a nie taki, jaki chciałbym, żeby był. Każdy człowiek ma jakieś plany i ambicje, ja chciałbym, żeby ten szpital był wiodącą placówką w Małopolsce, żeby był najlepszym szpitalem w Wojsku Polskim. Oczywiście krok po kroku, droga jest daleka, jest mnóstwo pracy i mnóstwo zaangażowania tych osób, które mamy, a są to osoby genialne, które się poświęcają i za nimi zawsze będę stał murem, licząc, że pomogą na tej trudnej drodze i w tych trudnych czasach.

Serdecznie dziękuję państwu za uwagę, przepraszam, jeżeli to moje wystąpienie było troszeczkę za długie, ale po prostu wydawało mi się, że mam jedyną okazję, żeby-

ście państwo mogli usłyszeć ode mnie parę słów od serca. Dziękuję serdecznie za to, że byliście państwo łaskawi przybyć do mnie na teren 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie. Serdecznie dziękuję, Panie Przewodniczący, za udzielenie mi głosu.

Przewodniczący Franciszek Adameczyk:

Dziękuję. Wykorzystał pan całą taśmę, Panie Pułkowniku. (*Wesołość na sali*)
Ze względu na to, że pan generał Bieniek musi opuścić nasze spotkanie, prosiłbym, żeby powiedział teraz coś o zadaniach operacyjnych służby zdrowia w wojsku.
Bardzo proszę.

**Dowódca 2. Korpusu Zmechanizowanego
Mieczysław Bieniek:**

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Panie i Panowie!
Bardzo dziękuję, że znaleźliście czas i zawitaliście w Krakowie na waszym wyjazdowym posiedzeniu. Cieszy mnie obecność pełnomocnika ministra obrony narodowej oraz wielu zacnych panów zajmujących się profesjonalnie wojskową służbą zdrowia. Wszyscy wiemy, z perspektywy ustawodawczej naszego państwa, jakie problemy ma obecnie polska, narodowa służba zdrowia. Dobrze, że podejmujemy rękawicę, żeby tę sytuację uzdrowić. Formalnie nie odniosę się do wojskowej służby zdrowia z punktu widzenia specjalistycznego, zrobił to w sposób wyczerpujący, powiedziałbym obrazowo, z elementami nie tylko pesymizmu, lecz także dużego optymizmu, komendant, pan doktor Jan Sosnowski. Ja natomiast jako dowódca operacyjny odniosę się do tego, co gnębi dowódców wykonujących zadania na co dzień, w czasie pokoju i w czasie wojny. I to jest coś, nad czym nie możecie przejść obojętnie, Panowie, którzy stanowicie ustawodawstwo w tym kraju. Jako żołnierze wykonujemy bowiem zadania zlecone nam przez państwo, a jako dowódcy mamy obowiązek być odpowiedzialni za swoich żołnierzy, za opiekę nad nimi w czasie pokoju i w czasie wojny.

Chciałbym rozpocząć, Drodzy Panowie, od sprawy, która została tutaj poruszona, a więc braku ustawy o ratownictwie medycznym. Uniemożliwia to nam, dowódcom i wojskowej służbie zdrowia w jednostkach, wykonywanie obowiązków przez ratowników medycznych, którzy przejęliby część obowiązków lekarzy, a tak bardzo nam ich brakuje. Na przykład, w czasie pokoju jest potrzebne zabezpieczenie strzelania, szkolenia poligonowego, skoków spadochronowych, wspinaczki górskiej, walki wręcz, wszystkich tych sytuacji, w których żołnierz jest narażony na uraz lub ciężkie kalectwo. Podam przykład z ostatniego tygodnia. Trwają skoki spadochronowe dla instruktorów na lotnisku w Pobiedniku, wspinaczka górską dla 6. brygady w Kobylanach, szkolenie poligonowe jednostek 6. brygady w Bemowie Piskim. A ilu lekarzy ma dowódca 6. brygady? Nie ma ich i niektóre czynności musi odłożyć, cierpi na tym jakość szkolenia. I to jest pierwszy problem, który widzę w bardzo sposób wyrazisty.

Kolejnym problemem jest pełna odpłatność za leki na receptę i za szczepionki przeciwko żółtaczce typu „B”, konieczne do przeprowadzenia operacji oraz za leczenie stomatologiczne żołnierzy służby zasadniczej. Bardzo często żołnierze nie wykupują leków oraz odstępują od leczenia stomatologicznego ze względu na niskie zarobki, niewielki żołd, po prostu oni nie mają żadnego innego źródła finansowania.

Kolejnym problemem są rozbieżności między przepisami cywilnymi a wojskowymi bądź ich brak, szczególnie w odniesieniu do przechowywania leków narkotycznych w zapasach wojennych, a takie zapasy mają obowiązek przechowywać szpitale wojskowe, takie jest ich zadanie. Wydziela się grupę zadań zleconych przez MON zakładowi opieki zdrowotnej i tam, między innymi, szkoli się lekarzy oraz przechowuje zapasy wojenne.

Widzę jeszcze jeden problem, o którym już wspomnieliśmy tu z panem zastępcą przewodniczącego. Chodzi o zbyt niskie etaty dla lekarzy wojskowych, oficerów w jednostkach wojskowych. Nie ma możliwości awansowania, pomimo że są to stanowiska szczególne. Ja bym powiedział, że to jest szerszy problem, odnoszący się do ustawy pragmatycznej o przebiegu służby żołnierzy zawodowych. I do tej ustawy, Panie Przewodniczący, komisja senacka wcześniej czy później na pewno wróci, obecnie ona jest w obróbce. Ten problem dostrzegł obecny minister obrony narodowej Radosław Sikorski, dostrzegły go komisje: sejmowa i senacka. Wiem, że ta sprawa będzie przedmiotem oddzielnego niejako posiedzenia Komisji Obrony Narodowej, zarówno senackiej, jak i sejmowej.

I oczywiście bardzo istotnym problemem, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, nierozwiązanym, jest możliwość zawierania umów na zaopatrzenie w krew i środki krwio pochodne oraz wydzielenie łóżek w szpitalu na czas wojny lub zagrożeń kryzysowych. Podam przykład naszego szpitala polowego, który miałem podczas operacji w Iraku. Nie mieliśmy zapasu krwi i szczepionek, które by nas zabezpieczyły na wypadek, gdyby do obozu w Al Hilli wjechał terrorysta, zabił stu i ranił dwustu żołnierzy. W takiej sytuacji nie byłibyśmy w stanie nic zrobić, podczas gdy w każdym szpitalu amerykańskim są odpowiednie zapasy krwi, szczególnie gdy żołnierze wyjeżdżają na operację bojową. To jest bardzo istotna sprawa.

Chciałbym, Panowie, podziękować tutaj wojskowej służbie zdrowia, pełnomocnikowi i wszystkim, którzy przyczynili się do tego, że widzimy jasne światła w tym tunelu różnych ciemnych spraw i niemożności. Zorganizowaliśmy na szczęblu Wojska Polskiego dwa szpitale operacji pokojowej: jeden w Bydgoszczy, drugi we Wrocławiu, te szpitale zabezpieczają nam szalenie ważną rzecz, jaką jest operacja pokojowa, a takich operacji prowadzimy coraz więcej. Jesteśmy zaangażowani, jak wiecie, w Iraku, w Afganistanie, będziemy jeszcze bardziej zaangażowani w Afganistanie, w krajach Bliskiego Wschodu, w Syrii, w Izraelu, w Libanie. Muszę panom powiedzieć, że te szpitale operacji pokojowych, stworzone na podstawie naszych doświadczeń, spełniają kapitalną funkcję, są nowoczesnie wyposażone, mają dobrze wyszkolony personel, stosują najbardziej nowoczesne metody, łącznie z medycyną operacyjną. Właśnie w Iraku przeprowadzaliśmy, z udziałem naszych specjalistów w kraju, bardzo skomplikowane operacje. I na tle tej niemożności, którą widzimy, chciałbym podkreślić wysoki profesjonalizm naszej kadry medycznej, nie tylko tej lekarskiej, lecz także personelu zabezpieczającego: pielęgniarek, ratowników medycznych, ich oddanie, profesjonalizm i po prostu niewiarygodny entuzjazm, choć na tej drodze ich pracy leżą różnego rodzaju kamienie.

Teraz może taki może przerywnik. W czasie tej operacji, w której miałem możliwość dowodzenia przez niemal osiem miesięcy, zginęło dwudziestu dwóch żołnierzy różnej narodowości, w tym czterech Polaków, stu trzydziestu żołnierzy było rannych. Ja akurat dowodziłem w okresie powstania Al Sadra, w czasie okropnej zawieruchy,

gdy trwała operacja w Faludzi, w Ramadi, w Bagdadzie, palił się Nadżaf, Karbala, Alkut. Były to trudne chwile. Wśród tych stu trzydziestu rannych żołnierzy trzydziestu kilku było bardzo ciężko rannych i gdyby nie nasze pielęgniarki operacyjne, gdyby nie nasi lekarze, gdyby nie poświęcenie tych ludzi, którzy często dniami i nocami operowali nie tylko naszych żołnierzy, lecz także obywateli irackich – ofiary zamachów terrorystycznych, to ci ranni by umarli. I dlatego składam hołd tym żołnierzom, lekarzom, ratownikom medycznym i pielęgniarkom, którzy tam byli i to robili. I po to właśnie, aby umożliwić im szkolenie i przygotowanie się do tego rodzaju pracy, działalność wojskowej służby zdrowia jest niezbędna.

Dziękuję, Panowie, tyle miałem do dodania. Niestety, teraz muszę się udać na lunch z zastępcą sekretarza generalnego NATO, który jest w Krakowie na sesji Ukraina – NATO. Jestem zobowiązany pożegnać go w imieniu ministra i zjeść z nim lunch, chociaż wolałbym za panami.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo, Panie Generale, za przybycie.

Szanowni Państwo, przeprowadzimy dyskusję nad całością, ponieważ problematyka, która była poruszona zarówno przez pana pułkownika, jak i pana generała będzie się wiązać w jakiś sposób z tym, co ma nam do przekazania pan generał Marek Kondracki, szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia w Sztapie Generalnym Wojska Polskiego.

Panie Generale, oddaję panu głos.

**Szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia
w Sztapie Generalnym Wojska Polskiego
Marek Kondracki:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Zgodnie z programem chciałbym się wypowiedzieć na temat funkcjonowania wojskowej służby zdrowia, jej problemów, a także, zgodnie z trzecim punktem dzisiejszego spotkania, kształcenia lekarzy, bo to też jest problemem wojskowej służby zdrowia.

Nim zacznę mówić na temat, ustosunkuję się pokrótce do wypowiedzi pana pułkownika Sosnowskiego, komendanta tego szpitala. Oczywiście pokazał wszystkie problemy, łącznie z odniesieniem się do historii, jakie ma szpital. Mimo że wyniki szpital ma coraz lepsze, jak państwo widzieliście, problemy nadal jednak są i trzeba je pokonywać. Program naprawczy, który każdy dyrektor, komendant szpitala jest zobowiązany opracowywać, trzeba bezwzględnie realizować. Największym problemem tego szpitala na dzień dzisiejszy jest przestarzała infrastruktura, jak państwo widzicie, i oczywiście kwestie zatrudnienia i kosztów pracy. Generalnie rzecz biorąc, jest za duży udział procentowy kosztów w strukturze budżetu, za dużo jest też łóżek w porównaniu z liczbą personelu tutaj zatrudnionego. Tak więc, mimo że już widać światło w tunelu, przed komendantem i całą kadrą zarządzającą tego szpitala jest jeszcze ciężka droga, zanim będzie można powiedzieć, że jesteśmy już spokojni, że zakład będzie funkcjonował, obojętnie, w jakich warunkach. Ale to tylko takie krótkie wprowadzenie.

Jeżeli chodzi o wojskową służbę zdrowia, proszę o następny slajd.

Jak państwo wiecie, w ogóle jest trudna sytuacja w służbie zdrowia w kraju, z roku na rok trudniejsza, ponieważ, stwierdzam to jako ekonomista i finansista zarządzający wojskową służbą zdrowia, środki finansowe na służbę zdrowia w naszym kraju są zbyt szczupłe, żeby można było mówić o tym, że ta służba zarówno w państwie, jak i w wojsku może się rozwijać. Od chwili wprowadzenia w 1999 r. systemu ubezpieczeniowego, sytuacja, jeżeli chodzi o wzrost środków, nie poprawia się, a wręcz pogarsza. Mogę to powiedzieć z całą stanowczością, ponieważ od wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego byłem i jestem związany ze służbą zdrowia, bądź cywilną, bądź branżową. Obecnie odpowiadam za wojskową służbę zdrowia. Mimo że jest wzrost gospodarczy i odpisy na składki powodują wyższe przychody do Narodowego Funduszu Zdrowia, za tym idą jednak również koszty: rosną koszty za media, są refundacje cen leków, co doprowadza do tego, że pieniędzy na kontrakty dla zakładów opieki zdrowotnej jest coraz mniej, nie mówiąc o tym, że te zakłady muszą znaleźć środki na wzrost wynagrodzeń, bo to jest naturalną potrzebą i naturalną motywacją personelu zatrudnionego w zakładach opieki zdrowotnej.

Jeżeli chodzi o wojskową służbę zdrowia, zakładom, które podlegają ministrowi obrony narodowej, jest jeszcze trudniej. Działamy w środowisku, na które mają wpływ rozwiązania wewnątrz resortu, a więc restrukturyzacja sił zbrojnych, a także potrzeby związane z polityką międzynarodową. Wojsko jest obecnie całkowicie inaczej postrzegane i angażowane do innych zadań niż w systemie budżetowym. Również reformy dokonujące się w kraju, o których na wstępie powiedziałem, praktycznie przeprowadzane co roku, bo co roku zmienia się system i podejście do niego, mają wpływ na funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia. Tak więc ludzie, którzy zarządzają, którzy odpowiadają za funkcjonowanie tej służby i opiekę lekarską w naszym kraju czasami już nie wiedzą, co mają zrobić, żeby wykonać swoje zadanie. Te wszystkie uwarunkowania prawne, zarówno ze strony samego resortu, jak i zewnętrzne, dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych, mają bardzo bezpośredni wpływ na wojskową służbę zdrowia, na jej kondycję i funkcjonowanie.

Proszę, kolejny slajd. Chciałbym również powiedzieć, jakie są zadania naszej służby. Są to zadania, które wykonujemy jako wojskowa służba zdrowia, a więc przede wszystkim jesteśmy po to, żeby zapobiegać, leczyć, rehabilitować, jesteśmy po to, żeby być przygotowani na stany kryzysowe, które mogą wystąpić w państwie, jesteśmy po to, żeby być przygotowani na sytuacje napięć i stan „W” w państwie, jesteśmy po to, żeby działać w ramach Sojuszu poza granicami kraju. Musimy wykonywać te wszystkie zadania, żebyśmy byli służbą zdrowia wydolną w każdych warunkach, mimo że nie zawsze, na przykład w sytuacjach kryzysowych, ustawodawca nam przypisał pierwszą reakcję. Dzisiaj to przede wszystkim wojewoda ma obowiązek pierwszy zareagować w razie zaistnienia sytuacji kryzysowych, ma do tego sztab, niemniej jednak my również występujemy w ramach systemów kryzysowych. I żeby temu sprostać, musimy kształcić, musimy finansować, musimy organizować, musimy mieć inspekcje sanitarne, weterynaryjne, farmaceutyczne, żeby, jak stwierdził pan generał Bieniek, doprowadzić do tego, by w razie wyjazdu w strefę działań wojennych każdy czuł, że za jego plecami stoi lekarz, który zawsze i w każdej sytuacji przyjdzie mu z pomocą.

Proszę bardzo, następny slajd. Tak jak powiedział pan generał Bieniek, jako wojskowa służba zdrowia działamy bądź działaliśmy w przedstawionych na tym slajdzie miejscach, a więc praktycznie jesteśmy dzisiaj na całym świecie. Oprócz tego

istotne jest, tak jak powiedziałem, żebyśmy byli przygotowani w każdym calu do reakcji w stanie wojny, jeżeli by do niej doszło, na terenie naszego kraju. Dodatkowe zadania, które ostatnio się nasilają, to są misje poza granicami kraju, dzisiaj najważniejsza z nich jest w Iraku, w niedalekiej przyszłości będzie w Afganistanie, już teraz jest również w Czadzie.

Proszę o kolejny slajd. Potencjał wojskowej służby zdrowia. Mamy sto dwie jednostki organizacyjne, są to jednostki nadzorowane i podległe. Będę czytał państwu z komputera. Jeśli chodzi o jednostki nadzorowane, jest sześćdziesiąt pięć jednostek ministra obrony narodowej, który spełnia funkcję organu właścicielskiego, są trzy jednostki badawczo-rozwojowe, trzy szpitale kliniczne, jest piętnaście szpitali wojskowych, pięć sanatoriów, czyli szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych, i trzydzieści jeden przychodni. 1 lipca 2005 r. powstało Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. W jednostkach wojskowych mamy ambulatoria bądź ambulatoria z izbami chorych oraz dwa szpitale operacji pokojowych, o których mówił generał Bieniek. Te szpitale zabezpieczały i zabezpieczają działania naszych wojsk w Iraku. Oprócz tego są jednostki podległe przygotowujące bądź też zabezpieczające działalność leczniczą: Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych, Szkoła Podoficerska Służb Medycznych w Łodzi, oczywiście w Celestynowie jest Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki, gdzie są zgromadzone zapasy na czas „W” i one są rotowane, jest Centrum Reagowania Epidemiologicznego w Warszawie na wypadek jakichś sytuacji kryzysowych, są wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej, wykonujące zadania inspekcji sanitarnych, odpowiedniki tych inspekcji, które są w cywilnej służbie zdrowia, no i są wojskowe komisje lekarskie. Łącznie potencjał wojskowej służby zdrowia tworzy prawie dziewiętnaście tysięcy osób, ponad szesnaście tysięcy pracowników i ponad dwa tysiące trzystu żołnierzy zawodowych.

Proszę, następny slajd. Jeżeli chodzi o rozmieszczenie tego potencjału, to tak jak państwo widzicie, pokrywamy prawie całe terytorium kraju.

Kolejny slajd. Pan pułkownik Sosnowski powiedział o osiągnięciach swojego szpitala, ja natomiast jako pełnomocnik ministra obrony narodowej analizuję i porównuję wyniki całego systemu opieki zdrowotnej. Na tym wykresie widać, ile mamy zakładów, które osiągają wyniki dodatnie, ile zakładów ma wyniki ujemne. W 2002 r. trzydzieści dwa zakłady rokrocznie się zadłużały na sumę ponad 50 milionów zł, w 2005 r. jedenaście zakładów było zadłużonych łącznie na 6 milionów 600 tysięcy zł. Jeżeli chodzi o zakłady z dodatnim wynikiem finansowym, w 2002 r. były dwadzieścia dwa takie zakłady, w ubiegłym roku czterdzieści trzy wygenerowały zysk łącznie na 14 milionów 500 tysięcy zł.

Proszę o następny slajd. Na tym wykresie widać, że w 2002 r. zakłady zadłużały się na prawie 50 milionów zł, co roku tak było, po raz pierwszy w 2005 r. osiągnęły dodatni wynik finansowy, czyli ich przychody były wyższe od kosztów. Świadczy to o tym, że mimo trudnych zasad funkcjonowania sytuacja w istotny sposób się poprawia. Niemniej jednak występują również duże problemy w samym systemie i w niektórych zakładach opieki zdrowotnej.

Proszę o kolejny slajd. Oprócz tego, że wyniki są dobre, no lepsze, generalnie rzecz biorąc, jak państwo widzicie, schodzimy również ze zobowiązań, z 230 milionów zł w 2004 r. do ponad 150 milionów zł w 2005 r.

Następny slajd. Mimo że coś tam się poprawia, tak jak powiedziałem, są zakłady, z którymi nie wiadomo, co zrobić, ponieważ ich sytuacja jest trudna.

Problemów jest dużo więcej, ja pozwoliłem sobie zarejestrować tylko te, które są istotne dla systemu. Przede wszystkim, problemem jest finansowanie i modernizacja techniczna wojskowej służby zdrowia, zarówno w jednostkach wojskowych, jak i w SP ZOZ. Chciałbym zwrócić państwa uwagę na problem, który zaistniał w ostatnich latach. Jak państwo wiecie, na pewno wiecie, minister obrony narodowej otrzymuje ostatnio w ramach zbywanych nieruchomości i sprzętu środki na Fundusz Modernizacji Sił Zbrojnych. Agencja Mienia Wojskowego sprzedaje nieruchomości, sprzęt zbędny ministrowi, i z tych środków finansuje modernizację sił zbrojnych. Po kontroli budżetu 2005 r. Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła jednoznacznie, że wydatki na wojskową służbę zdrowia ze środków Funduszu Modernizacji Sił Zbrojnych są nielegalne. Proszę więc uprzejmie panie senator i panów senatorów o to, żebyście pomogli nam w zinterpretowaniu tego zagadnienia, czym jest wojskowa służba zdrowia i czym jest infrastruktura szpitali, szpitali klinicznych, przychodni. Za co minister obrony narodowej dokonywał zakupów w ramach środków Funduszu Modernizacji Technicznej Sił Zbrojnych, za co została utworzona Klinika Stresu Bojowego w Warszawie, za co została stworzona telemedycyna, za co minister obrony narodowej doposażył kontenerowe szpitale, które brały i będą brały udział w misjach poza granicami kraju? To właśnie z tych pieniędzy, które są w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Są to pieniądze tylko i wyłącznie na bieżącą działalność, a więc na działalność zakładu opieki zdrowotnej. Obowiązkiem organu założycielskiego jest inwestować w modernizację i remonty tych obiektów, a także zakup nowoczesnego sprzętu. Jeżeli założymy, że minister obrony narodowej bądź też każdy inny organ założycielski odstąpi od tego zadania, czyli zakupu sprzętu, od inwestycji i remontów, to generalnie rzecz biorąc, w krótkim czasie padnie cała służba zdrowia, nie tylko wojskowa, lecz także powszechny system opieki zdrowotnej.

Ostatnio ta sprawa stawała na posiedzeniu sejmowej Komisji Obrony Narodowej, na którym Najwyższa Izba Kontroli uparcie obstawała przy swoim stanowisku, że pieniądze z Funduszu Modernizacji Sił Zbrojnych były wydane na wojskową służbę zdrowia nielegalnie. Pieniądze, które zbiera minister, również pochodzą ze sprzedaży nieruchomości, terenów, sprzętu zbędnego wojskowej służbie zdrowia. Sprzedajemy niepotrzebne budynki, to znaczy Agencja Mienia Wojskowego sprzedaje, i te pieniądze stanowią dochód i przychód funduszu modernizacji. Nie potrafię więc zgodzić się ze stwierdzeniem Najwyższej Izby Kontroli, że jest to nielegalne. To była taka dygresja, jeżeli chodzi o pierwszy punkt, potem będziemy omawiać każdy z osobna.

Druga sprawa to restrukturyzacja. Jak państwo widzieliście, tych zakładów wojskowych jest w całym kraju dużo, jest to potencjał, który mieliśmy wtedy, kiedy armia liczyła czterysta pięćdziesiąt tysięcy żołnierzy. Proponujemy więc inne podejście do tego, w inny sposób zorganizowanie całej sieci szpitali wojskowych.

Kolejna sprawa to zasady opieki zdrowotnej nad żołnierzami służby czynnej, a więc żołnierzami, którzy chodzą w mundurach. Wiele do życzenia pozostawia również doskonalenie struktur dowodzenia i kierowania wojskową służbą zdrowia i ten problem trzeba będzie rozwiązać.

Integracja pododdziałów, czyli stworzenie grup zabezpieczenia medycznego w ramach jednostek wojskowych. Nie takie podejście, jakie jest dzisiaj, że w każdej jednostce jest lekarz czy dwóch lekarzy i dowódca ma z nimi problemy, i sami lekarze mają ze sobą problemy. Następna sprawa to restrukturyzacja orzecznictwa lekarskiego, którym po reformie administracyjnej państwa nadal nikt się nie zajął. Kolejna sprawa

to wdrożenie modelu szkolenia, doskonalenia kadr medycznych, co jest jednym z punktów dzisiejszego spotkania. Poprawa atrakcyjności zawodu lekarza wojskowego i przejście na zaopatrzenie budżetu MON żołnierzy zawodowych zajmujących stanowiska służbowe w SP ZOZ. Proszę dalej.

Przechodzimy teraz do pierwszego punktu, jest to doinwestowanie i modernizacja techniczna wojskowej służby zdrowia. Proszę dalej. Tak jak jest to tu przedstawione, musi się ona odbywać w dwóch płaszczyznach. Pierwsza płaszczyzna to służba zdrowia wojsk operacyjnych, czyli jednostek wojskowych, to jest wyposażenie całego systemu wojskowej służby zdrowia w sprzęt, żołnierzy w niezbędny ekwipunek w celu poprawy ratowania życia. Zatem są to i autostrzykawkki dla wszystkich żołnierzy, i pojazdy, i namioty, i sanitarki, i zestawy wojenne, które musimy utrzymywać i rotować, żeby być w każdej chwili gotowi do działania zarówno na naszym terenie, jak i poza jego granicami. Należy tu też problem zawarty w punkcie czwartym, związany z ewakuacją medyczną od szczebla taktycznego poprzez szczebel strategiczny. Dzisiaj my jako kraj, jako wojsko nie mamy możliwości ewakuacji medycznej w przypadku wielkich... Dążymy do tego, są już pierwsze jaskółki, najprawdopodobniej w tym roku będziemy mieli zamontowany OIOM już na dwóch kasach, zatem będzie to pierwszy krok w tym kierunku. Jednak te zadania wiążą się z wydatkami, z istotnymi wydatkami z budżetu ministra obrony narodowej, które są potrzebne, żeby można było mówić, iż mamy nowoczesną armię, nowoczesnie zabezpieczaną medycznie. Według mnie nie są to duże wydatki, ponieważ generalnie rzecz biorąc, jeżeli weźmiemy pod uwagę wydatki związane ze sprzętem bojowym, to jest to kropla w morzu. Proszę dalej.

Tu są przedstawione nakłady na sprzęt i inwestycje dla SP ZOZ. Tak jak państwo widziecie, od 2004 r. w taki sposób finansujemy nasze zakłady SP ZOZ. W 2004 r. było to ponad 12 milionów zł na sprzęt i 17 milionów zł na inwestycje. W 2005 r. nastąpił dość istotny wzrost finansowania, ale w tym wzroście finansowania są również środki z Funduszu Modernizacji Sił Zbrojnych, których zasadność przyjęcia podważyła nam Najwyższa Izba Kontroli, powiedziała, że to jest nielegalne. Teraz nie wiem, czym jest struktura wojskowych zakładów opieki zdrowotnej, czy to występuje poza wojskiem, a może w ogóle nie występuje w państwie. Generalnie rzecz biorąc, jeżeli porównamy wydatki organów założycielskich, starostów, marszałków, na swoje zakłady z tym, co my finansujemy, z nakładami na strukturę pięćdziesięciu siedmiu SP ZOZ, to trzeba powiedzieć, że my praktycznie tej struktury nie finansujemy.

Dlaczego pan pułkownik Sosnowski pokazywał slajd, na którym widać było, że w ostatnich dwóch latach wzrosło finansowanie, jeśli chodzi o sprawy majątkowe? Po pierwsze, dlatego że, nie chwaląc się, ja przyszedłem do zarządzania wojskową służbą zdrowia i wiem, jak to robić. Po drugie, w latach osiemdziesiątych, do 1999 r., kiedy minister finansów oddłużał wszystkie zakłady, prawie wszystkie cywilne zakłady opieki zdrowotnej, wtedy wojskowe zakłady miały założoną pętlę, otóż w przypadku zadłużenia wymieniany był ówczesny dyrektor czy komendant. Doszło do tego, że zakłady cywilne kupowały nowoczesny sprzęt, a ci byli trzymani, mieli narzucony reżim finansowy i w związku z tym zostali ze starym sprzętem. Minister finansów oddłużył sobie zakłady, czyli nieudacznym dyrektorów, którzy pozadłużali się, kupując sprzęt, i nic im się nie stało, minister oddał pieniądze, cieszą się. Z tego powodu sprzęt, który jest jeszcze w niektórych zakładach wojskowej służby zdrowia, jest przestarzały. Musimy kupić nowy, nowoczesny sprzęt, a to wiąże się z dodatkowymi wydatkami.

Chciałbym również przy okazji powiedzieć, że podobną akcją przeprowadzono, restrukturyzując teraz... Mam na myśli ustawę o restrukturyzacji, która weszła w życie w ubiegłym roku. W tym przypadku także ci dyrektorzy zakładów, komendanci, którzy działają dobrze, którzy robią wszystko, żeby funkcjonować na rynku w ramach prawa i ustawy o finansach publicznych, powypłacali w swoich zakładach po 203 zł, bo zaciśkali pasa, nie dostali pożyczki, która być może zostanie umorzona w 70%. Tymczasem ci, którzy gospodarowali nieudacznie, nie wypłacali zobowiązań wobec pracowników, otrzymali pożyczkę, a teraz ta pożyczka zostanie im umorzona w wysokości 70%. I to jest motywowanie przez system państwowy do dobrego działania. Jeżeli będziemy podchodzić do zagadnienia w ten sposób, że nieudacznik będzie promowany, co miało miejsce przed wejściem w życie systemu ubezpieczeniowego i dwa razy minister finansów wyłożył kupę miliardów złotych... W przypadku tej restrukturyzacji zachowano się podobnie, czyli uderzono w tych, którzy dobrze pracują, a podniesiono, dano pomoc nieudacznikom.

Tak jak państwo widzicie, w 2005 r. finansowanie było istotne, niemniej jednak w 2006 r. przeznaczono 8 milionów 700 tysięcy zł na sprzęt i 40 milionów zł na inwestycje, a więc dużo mniej. Jeżeli nie dostanę teraz 20 milionów zł z Funduszu Modernizacji Sił Zbrojnych na sprzęt i 10 milionów zł na inwestycje, to automatycznie zakłady znów stracą możliwości rozwoju i konkurencji na rynku, staną się zupełnie niekonkurencyjne. Być może państwu zależy na tym, żeby wyciąć zakłady wojskowe. Nie wiem, kto wtedy przejmie rolę zabezpieczenia medycznego dla wojsk i zabezpieczenia systemu wojennego w państwie.

Według mnie, żeby obecny system funkcjonował, to na te SP ZOZ potrzebne jest około 80 milionów zł. Są to minimalne pieniądze, nie są to duże pieniądze w budżecie ministra obrony narodowej na to, żeby sfinansować potrzeby związane ze sprzętem, żeby dostosować bloki operacyjne, które zgodnie z przepisami muszą być dostosowane do 2009 r., żeby wymienić okna, żeby pokryć dachy. Nieprowadzenie modernizacji budynków i sprzętu jest po prostu marnotrawstwem, większym marnotrawstwem niż wyłożenie 80 milionów zł rocznie przez ministra obrony narodowej. Proszę dalej.

Drugi punkt to jest restrukturyzacja SP ZOZ. Jeżeli o to chodzi, to pokazywałem potencjał wojskowej służby zdrowia. Jest on za duży, każdy o tym wie, i ja, i minister, i wszyscy, którzy zajmują się systemem. Można powiedzieć, że tych zakładów jest za dużo, i można do tego podejść wielorako. Po pierwsze, można je polikwidować. Minister może powiedzieć, że zostawia kilka zakładów, resztę likwiduje, zwalnia ludzi, sprzęt przenosi albo sprzedaje przez Agencję Mienia Wojskowego, zapomina o tym, co jest dla niego bagażem. Drugie rozwiązanie. Można przekazać te zakłady samorządom terytorialnym jako innemu organowi założycielskiemu. Takiej ewolucji dokonała kolejowa służba zdrowia, przekazując w 1998 r. zakłady innemu organowi, samorządowemu. I dzisiaj nikt już prawie nie słyszy o tych zakładach, ponieważ zostały one przez tamte organy rozjechane jako nie ich własne, a potencjał, i ludzie, i sprzęt, został zmarnowany.

Według mnie, z uwagi na to, że w 2005 r. po raz pierwszy osiągnęliśmy nadwyżkę przychodów nad kosztami – pokazywałem państwu takie slajdy – można ten system utrzymać i jeszcze go poprawić. Moja propozycja sprowadza się do tego, aby na bazie ośmiu szpitali, które tu widzimy, szpitali wojskowych z kadrą w mundurach stworzyć osiem zespołów zakładów opieki zdrowotnej, które pokrywałyby się z ośmioma obwodami profilaktyczno-leczniczymi.

Do czego by to doprowadziło? Przede wszystkim do obniżenia kosztów funkcjonowania tych zakładów i całego systemu. Planujemy w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy stworzyć program pilotażowy, który doprowadziłby do tego, że szpital w Bydgoszczy byłby miejscem zarządzania i odpowiedzialności zarówno za obwód profilaktyczno-leczniczy, o którym dość szczegółowo mówił pułkownik Sosnowski, jak i za cały system opieki zdrowotnej w tym rejonie, czyli w rejonie dwóch, trzech województw, jeżeli chodzi o zakres działania. Spowodowałoby to zmniejszenie kosztów administracyjnych, bo cały management tego systemu znajdowałby się w Bydgoszczy, a w innych przychodniach, w szpitalach niższego poziomu referencyjnego byłby tylko i wyłącznie kierownik zarządzający. Można by było również oszczędzić na badaniach laboratoryjnych. Dzisiaj w mieście mamy na przykład szpital, przychodnię, jedną albo dwie, i w każdym miejscu jest laboratorium, są zatrudnieni ludzie, ponosi się koszty, bo robi się kilka badań. Ważne jest też źródło finansowania, a więc obowiązki organu założycielskiego w odniesieniu do zakładów. Zakup sprzętu odbywałby się tylko i wyłącznie na rzecz zakładu wiodącego o najwyższym poziomie referencyjnym, a sprzęt dobry, funkcjonalny, ale niższej jakości, byłby przekazywany. Dyrektor w tym miejscu, czyli w Bydgoszczy, byłby zainteresowany tym, żeby mieć najnowocześniejsze USG, unit, rezonans, tomograf, a słabsze, ale jeszcze dobre, spuszczałby na dół, przekazywałby do szpitala, może nawet do przychodni.

Gdy ja dzisiaj występuję z pismami do swoich zakładów, aby nie trzymały w magazynach sprzętu dobrego, a niepotrzebnego, rzadko który zgłasza, że ma coś do oddania innemu, lepiej trzymać zamknięte w komórce, a nuż się przyda, zgodnie z polską metodą. Oczywiście potem, gdy się go potrzyma dziesięć czy dwadzieścia lat, to nie będzie nawet lekarza, który umiałby obsłużyć ten sprzęt, bo wejdzie sprzęt nowej generacji. Dlatego muszę te pieniądze podzielić, dać każdemu po trochu, bo ten ma zepsute USG, tamten ma zepsuty unit i potrzebny jest nowy, tymczasem tutaj sam zarządzający byłby zainteresowany tym, aby wszystko, co mniej nowoczesne, a sprawne, przesunąć do jednostki niższego szczebla referencyjnego. I ostatnia sprawa. Również zgodnie z tendencjami ogólnoswiatowymi i krajowymi pacjent byłby obsługiwany kompleksowo, od szczebla POZ, poprzez specjalistykę, do najwyższego szczebla referencyjnego.

Takie rozwiązania byśmy chcieli i będziemy próbowali wprowadzić. Mam wstępną aprobatę kierownictwa resortu, aby pójść w tym kierunku. Oczywiście jest to zagadnienie bardzo skomplikowane, nikt w zasadzie jeszcze tego w takim zakresie nie robił, więc musimy najpierw zastosować pilotaż. Są tu kwestie i kontraktów na linii szpital – Narodowy Fundusz Zdrowia, jest tu dużo, dużo kruczków prawnych, które trzeba będzie rozstrzygnąć, żeby coś takiego przeprowadzić, ale generalnie rzecz biorąc wtedy będzie można mówić o tym, że system jest wydolny, pozwoli to osiągnąć dodatkowe oszczędności, czyli nastąpi obniżenie kosztów. Proszę dalej.

Kwestia zasad opieki zdrowotnej nad żołnierzami służby czynnej. W 1999 r. kadra zawodowa weszła do systemu opieki zdrowotnej. Minister obrony narodowej nie ma dzisiaj żadnych informacji na temat stanu zdrowia żołnierzy zawodowych. Nie ma informacji, ponieważ każdy ubezpieczony żołnierz chodzi po systemie, jak chce i gdzie chce, bo ma takie prawo, dał mu to ustawodawca i on z tego korzysta. Nie mogę przygotować żadnego raportu na temat stanu zdrowia żołnierzy zawodowych i powiedzieć ministrowi: proszę bardzo, tu ma pan takich żołnierzy, tak wygląda ich stan zdrowia,

oczywiście bez wyszczególniania nazwisk, ale generalnie, po numerach PESEL. Można to zrobić, niemniej jednak obecnie to nie funkcjonuje.

Czy w związku z tym jest rozsądne, żeby nasze państwo, które mieni się nowoczesnym, silnym państwem europejskim – jesteśmy w Unii Europejskiej, w NATO – miało armię czy nawet policję, w której po interwencji żołnierza lub policjanta musi on czekać pół roku albo i dłużej na świadczenia? Czy któryś z policjantów odważy się pójść w niebezpieczne środowisko? Czy żołnierz wyjeżdżający na misję i wracający jako kaleka będzie czekał na procedurę, bo jest ustawa o kolejkach? Czy on będzie czekał? Jeden poczeka, drugi poczeka, a trzeci czy czwarty powie: niestety, nie pójdę, bo to jest duże zagrożenie.

Doprowadziłem do tego, że dzisiaj minister obrony finansuje świadczenia zdrowotne dla żołnierzy powracających, jeżeli ulegli oni wypadkowi, ale jest to tylko pierwsze finansowanie, finansowanie zabiegu, operacji. Facet staje się inwalidą, jedzie do domu, bo jest zwolniony z wojska, ponieważ komisja go zalicza do niezdolnych, a potem buja się w kolejkach w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeżeli nie podejmiemy do tego w sposób logiczny i jeżeli będziemy mieli myślących mundurowych, to za chwilę nie będzie ani mundurowego wojskowego, ani policjanta. Ja, będąc takim funkcjonariuszem czy żołnierzem, nie chciałbym pójść w trudne warunki, żeby się potem dowiedzieć, iż muszę czekać w kolejce cztery, pięć miesięcy. Wiadomo, jakie są kolejki, a ustawa o kolejkach obowiązuje.

W związku z tym proponujemy inne podejście. Proponujemy, żeby minister obrony narodowej nie odprowadzał składki za żołnierzy zawodowych poprzez ZUS do Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko zostawił składkę u siebie na finansowanie li tylko żołnierzy służby czynnej, a więc również żołnierzy służby zasadniczej. Nie może być tak, żeby żołnierz służby zasadniczej, który jest ubezpieczony i ma żołd chyba w granicach 200 zł albo i tego nie ma, dostawał receptę od lekarza i nie miał za co kupić leków. Państwo powołuje go do służby, służy na rzecz państwa, dostaje receptę od lekarza i on nie ma za co kupić leków. Czy to jest normalny system? On dostaje receptę, ale nie wykupuje leków, bo co on może kupić za 200 zł czy sto i trochę. Oczywiście stworzyliśmy kolejną protezę, polegającą na tym, że minister obrony narodowej wydziela pewną pulę środków finansowych na to, żeby ten biedny żołnierz służby zasadniczej kupił leki przynajmniej na to, na co najczęściej choruje, bo można statystycznie określić, na co najczęściej chorują żołnierze, niemniej jednak nie są to środki na wszystko. Zatem jeżeli jest w szpitalu, to pół biedy, bo zgodnie z zasadami szpital finansuje świadczenia i leki w szpitalu, jednak poza szpitalem niejednokrotnie nie stać go ani jego rodziny na to, żeby zrealizował receptę.

W związku z tym w przypadku żołnierzy służby czynnej proponujemy zatrzymać składkę na ubezpieczenie w resorcie, utworzyć fundusz, czyli instytucję ubezpieczeniową dla służb publicznych, bo jako były dyrektor ekonomiczny Branżowej Kasy Chorych uważam, że sama populacja żołnierzy służby czynnej jest populacją za małą, więc można do tego dołączyć wszystkie inne zawody, które mają wpisane niebezpieczeństwo i służbę na rzecz kraju, i po prostu realizować to w ramach odrębnego funduszu. Nie może być tak, według mnie, bo ja nie wiem, jaką decyzję podejmą parlamentarzyści, ale według mnie, zgodnie z moim myśleniem, sądzę, że logicznym, sytuacja w tej chwili jest naprawdę trudna.

Gdybyśmy nie doprowadzili do tego, że w Narodowym Funduszu Zdrowia znalazł się pion mundurowy, to już dzisiaj by nam rozjechano wszystkie zakłady wojsko-

we, bo za takie jestem teraz odpowiedzialny. Takie mamy trudności. Niektóre nasze zakłady każdego roku biją się o kontrakt. Uważam, że w służbie zdrowia dużo jest polityki, jest jej za dużo, dlatego nie ma racjonalnego podejścia do kontraktowania i nie można mówić o tym, że pieniądź idzie za pacjentem, bo pieniądź za pacjentem nie idzie, a niejednokrotnie, w większości przypadków utrzymuje się lazarety tylko po to, żeby były. Tymczasem od 1999 r. miało być tak, że kontrakt miał iść tam, gdzie chciał iść pacjent. Dzisiaj kontrakt idzie tam, gdzie zakontraktowano, zaś pacjent idzie wszędzie. Generalnie są zakłady, w których wykonuje się nadlimity, tak jak tu na OIOM, a są problemy z płatnościami. To są zadania ratujące życie. Chyba żaden lekarz nie jest w stanie odmówić wykonania procedury medycznej wobec pacjenta, który za chwilę umrze, bo będzie wielka afera, a on składał przysięgę Hipokratesa i jest od tego, żeby ratować życie. Tak wstępnie zamierzamy to zrobić. A to, czy będzie wola polityczna, aby przyjąć takie rozwiązanie, zależy od parlamentu, również od państwa. Proszę dalej.

Doskonalenie struktur dowodzenia, kierowania wojskową służbą zdrowia, zwłaszcza szczebla centralnego rodzajów sił zbrojnych. Dzisiaj reprezentuję tę firmę, Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia, liczący pięćdziesiąt sześć osób, który zarządza potencjałem ponad osiemnastu tysięcy osób, ma sto dwie jednostki organizacyjne, musimy działać również poza granicami, być przygotowani na kryzysy, na wszystko. Jesteśmy w strukturze Sztabu Generalnego, nie jesteśmy dysponentem środków budżetowych, jestem dysponentem sprzętu i gestorem korpusu osobowego medycznego. Proszę dalej.

Z uwagi na to, że za wszystko, mogę powiedzieć, zbieram na plecy, a nie mam zbyt dużego wpływu na system, ponieważ wpływ ma ten, kto ma pieniądze, zaproponowałem ministrowi obrony narodowej taką strukturę, jaką tu pokazano. Jest to struktura około osiemdziesięciu ludzi, nie większa, myślę, że tak można. Chciałbym, aby wszystkie struktury funkcjonujące w naszym państwie były tak wydolne, aby w takich strukturach realizować takie spektrum zadań, jakie jest przed nami do wykonania. Proponuję powołanie Generalnego Inspektoratu Służby Zdrowia, który umieszczony byłby poza strukturą urzędu ministra obrony narodowej, podległego sekretarzowi stanu. Dlaczego to proponuję? Praktycznie rzecz biorąc, komórki pozostają takie, jak dotychczas, chcę być jedynie dysponentem środków budżetowych. A więc nie chodzi o przyjęcie takiego rozwiązania, jak dzisiaj, że za zakup sanitarek, noszy, namiotów, odpowiada dowódca rodzajów sił zbrojnych jako dysponent środków budżetowych, ja planuję zakup, a on na koniec roku mi mówi, że miał inne ważniejsze wydatki, a nie kupienie dla mnie sanitarki czy noszy. Potem następują stany kryzysowe, chociażby WF, który zdawała kadra, pierwszy etap, zabezpieczenie w erki. Okazało się, że nie bardzo jesteśmy zaopatrzeni w te erki.

Jeżeli zatem ja czy mój następca mamy zbierać na plecy za wszelkie niedoskonałości, za to, że żołnierz tu się zatrzał, tam była sepsa, tu złamał nogę, tam nie zabezpieczono, bo nie było czym, tu są trudności z wyjazdem żołnierzy na misję poza granice kraju, to ja muszę mieć odpowiednie przełożenie finansowe, żebym wiedział – mimo że będą to mniejsze czy większe pieniądze – że w długim horyzoncie czasowym, za pięć czy za siedem lat, będę miał to, co chcę, a nie tak, że ktoś inny decyduje o tym, co jest, a ja odpowiadam za to, żeby zadania były wykonane. W związku z tym moja propozycja sprowadza się do utworzenia Generalnego Inspektoratu Służby Zdrowia. Mam decyzję ministra w tej sprawie. Najprawdopodobniej będziemy go tworzyć od 1 stycznia 2007 r. Proszę dalej.

Tu pojawia się druga sprawa, niejako ciąg dalszy tamtego punktu, to jest zarządzanie służbą zdrowia na szczeblu rodzajów sił zbrojnych. Obecnie na szczeblu dowódcy wojsk lądowych, marynarki wojennej, sił powietrznych mamy służbę zdrowia w składzie pięciu, sześciu osób, która do niczego nie jest mi potrzebna, ponieważ nie ma tu ani merytorycznego, ani służbowego przełożenia. Uważam, że ta służba powinna mi podlegać merytorycznie i powinna działać na mój użytek, czyli przekazywać informacje od jednostki wojskowej do góry i z powrotem, oraz być odpowiedzialna za podległe jednostki wojskowe.

Jeżeli chodzi o kolejny punkt, integrację pododdziałów, czyli tworzenie grup zabezpieczenia medycznego, to utworzyliśmy już dwie grupy zabezpieczenia medycznego na bazie 12. i 17. brygady. Jaka jest sytuacja i jaki jest zamysł tworzenia grup zabezpieczenia medycznego? Po pierwsze, gdy zlikwidowano Wojskową Akademię Medyczną, ustał napływ lekarzy do wojska, po drugie, weszła w życie ustawa pragmatyczna, która nałożyła trzyletni okres służby wojskowej na poszczególne stanowiska. Lekarzy nie ma, nie napływają, a ci, którzy są, mają trudności ze zdobyciem specjalizacji, ponieważ dowódca, który przyszedł na trzy lata, mówi: posłuchaj facet, pójdziesz za trzy lata, gdy przyjdzie mój następca. Następca przychodzi i mówi: posłuchaj facet, pójdziesz za trzy lata, gdy przyjdzie mój następca. I ten młody podporucznik miota się w jednostce, a chce być specjalistą, bo po studiach medycznych jest tylko lekarzem medycyny, bez żadnej specjalizacji, więc jego sytuacja nie jest najlepsza.

Utworzenie grup zabezpieczenia medycznego wiąże się, po pierwsze, z tym, że w jednostkach wojskowych chcę pozostawić tylko i wyłącznie ratowników medycznych. Mam prośbę również do państwa o wczesne, szybkie wprowadzenie ustawy o ratownictwie medycznym, bo my już dzisiaj korzystamy z ratowników medycznych, zarówno w jednostkach wojskowych, jak i na terenach misji poza granicami kraju, niemniej jednak jest to nie do końca zdrowa sytuacja, ponieważ nie ma ustawy. Ratownik medyczny po trzech latach studiów ma licencjat, ale on nie ma żadnych kompetencji, sanitariusz ma większe kompetencje niż ratownik medyczny. Zatem wejście w życie ustawy o ratownictwie medycznym również poprawiłoby nam funkcjonowanie całego systemu. Strzelania nie musi zabezpieczać lekarz, tak jak jest to dzisiaj, siedzi on w sanitarce, śpi, nie wie, co ze sobą zrobić, jeżeli robi specjalizację, to przynajmniej coś czyta, ale jeżeli już zrobił, to nie wie, co ze sobą zrobić, w razie jakiegoś wypadku równie dobrze może zadziałać ratownik medyczny, podjąć działanie, zawieźć żołnierza karetką do szpitala odpowiedniego poziomu referencyjnego. Po drugie, grupy zabezpieczenia medycznego pozwoliłyby nam na to, aby ci lekarze, których są tu znaczne ilości, może jest ich zbyt wielu, jeszcze to przeanalizujemy, mogli robić specjalizację. Zatem lekarz mógłby spokojnie pojechać i na urlop, i do Iraku czy do Afganistanu, i robić specjalizację, bez żadnego zagrożenia dla zabezpieczenia medycznego na terenie poligonów czy ćwiczeń wojskowych. Wymusiłoby to na nas większą operatywność. Po trzecie, grupa zabezpieczenia medycznego może pojechać jako cała struktura wraz z brygadą na misję poza granicami kraju. Byłby to komponent medyczny. Jeżeli zatem stworzymy takie grupy, to wszystko się złoży w zupełnie niezłą układankę. Tymczasem to, co jest dzisiaj, to jest po prostu, tak jak powiedział sam generał Bieniek, niejednokrotnie bryndza, bo nie ma lekarzy, a ci, którzy są, nie mogą się rozwijać. Proszę dalej.

Kolejny problem, który omówię bardzo szybko, to struktura orzecznictwa wojskowo-lekarskiego. W tym układzie jest dwadzieścia osiem komisji. Dokonano re-

strukturyzacji, reformy administracyjnej kraju, ale w wojsku nie przeprowadzono reformy komisji lekarskich. W związku z tym proponuję zmniejszyć tę liczbę z dwudziestu ośmiu do dwudziestu komisji lekarskich, terenowych wojskowych komisji lekarskich, których zakres działania praktycznie będzie się pokrywał z obszarami województw, tylko w niektórych miejscach byłoby trochę inaczej, i trzy komisje lekarskie szczebla rodzajów sił zbrojnych, oczywiście, Dowództwa Wojsk Lądowych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dodatkowo trzy, ponieważ to obejmuje terytorium całego kraju, i Centralna Wojskowa Komisja Lekarska jako szczebel odwoławczy, razem byłoby ich dwadzieścia. Spowoduje to redukcję i kosztów finansowych, i personelu. Proszę dalej.

Kolejna sprawa to wdrożenie nowego modelu szkolenia, doskonalenia kadr w ramach nowych struktur szkolenia wojskowego. Tak wygląda dzisiaj służba wojskowa żołnierzy lekarzy w mundurach. Tak jak państwo widzicie, chłopak służył do tej pory, nabywał uprawnienia emerytalne. To jest okres, w którym było najwięcej zwolnień z wojska. Dlaczego tak jest? Z tego powodu, że służba lekarza w mundurze jest mało atrakcyjna, wręcz niekonkurencyjna, mniej atrakcyjna niż lekarza cywilnego, chociaż wydawałoby się, że na starcie zarabia on na przykład dwa razy tyle, ile jego kolega, który skończył akademię medyczną. Jednak jego kolega, który skończył akademię medyczną, ma łatwość, spore możliwości dorobienia poza swoim macierzystym zakładem, weszliśmy do Unii Europejskiej, więc w piątek wsiada sobie w samolocik, leci do Szwecji, do Norwegii, do Francji, do Anglii, zarabia pieniądze, wraca, w poniedziałek stawia się w pracy. Jeżeli jest to osoba w mundurze, to na każdy taki wyjazd musi mieć zgodę swojego dowódcy, który najczęściej powie: teraz, Kolego, masz służbę, a nie wyjazd do Anglii, żeby zarobić kilkaset funtów za weekend. Rozwój jest także utrudniony, jeżeli chodzi o specjalizację, zatem ci chłopcy nabywają prawa do podstawowej najniższej emerytury w wysokości 40% i chcą sobie szukać miejsca, i je znajdują, w cywilu, żeby funkcjonować podobnie do kolegów w cywilu, tak jak się chce, a nie tak, jak im każe minister. Tak się dzieje. Następnie są, tak jak państwo widzicie, zwolnienia, a na końcu ci, którzy mają po trzydzieści lat wysługi, służą, bo nie widzą już dla siebie miejsca w cywilu, gdyż zbliżają się wiekowo do okresu stagnacji i pójścia na emeryturę. Proszę dalej.

W związku z tym, że nie ma Wojskowej Akademii Medycznej – kiedyś też podjęto decyzję, żeby ją zlikwidować, a Czesi ją zbudowali – ustał napływ lekarzy do wojska. W ubiegłym roku jako protezę zastosowaliśmy takie rozwiązanie. Postanowiliśmy, że chętnego absolwenta uczelni cywilnej, akademii medycznej, weźmiemy na trzy miesiące do Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych, przeszkolimy wojskowo, damy awans i wpuścimy go do jednostki. I co się okazało? Otóż w ubiegłym roku ta akcja przyniosła sześciu lekarzy dla wojska, z całego cywila. Można mówić o atrakcyjności zawodu lekarza wojskowego. Gdyby on był atrakcyjny, gdyby lekarz w wojsku mógł łatwiej zrobić specjalizację – ja nie mówię o wiedzy, ale o całej ścieżce specjalizacji, bo jest Centrum Egzaminów Medycznych, wszyscy tam stają i zdają egzaminy – łatwiej niż jego kolega w cywilu, gdyby jego uposażenie było bardziej konkurencyjne, gdyby nie chodził w takim pancerzu, a jeżeli ma chodzić w pancerzu, to minister czy państwo powinno mu za to zapłacić, to na pewno nie przyszłoby ich sześciu, lecz sześciuset sześciu, można by przeprowadzić weryfikację i wybrać tylko tych najlepszych. Tymczasem dzisiaj przyjąłem sześciu lekarzy, w ogóle nawet nie

pytając, jakie oni mają kwalifikacje. Na ten rok jest czternastu, zatem jest wielki postęp, czternastu na cały kraj chce służyć w wojsku.

Przecież, jak państwo wiecie, zadanie wojska się zmieniło. To nie jest takie wojsko, że się idzie, tak jak ja szedłem, nawet nie myślałem o wojnie, tylko o mundurze, o tym, że będę w mundurze, przesłużę, pójdę na emeryturę i wszystko. Dzisiaj każdy chłopak, który idzie do wojska, wie, że za miesiąc może dostać rozkaz: wsiąść w samolocik i polecieć; i nie wiadomo, czy wróci. Z tym się trzeba liczyć. Więc nawet za to, za samą świadomość, że w każdym momencie może on pojechać na wojnę, trzeba zapłacić. Tymczasem w naszym państwie mówi się, że jakoś to będzie. Podejrzewam, że jeżeli nie zmienimy podejścia do tego zagadnienia, to doprowadzimy do takiej sytuacji, w której będziemy mieli systemy, rakiety, czołgi, ale nie będziemy mieli zabezpieczenia medycznego i wtedy też to wojsko nigdzie nie pojedzie. Tak sobie zaczęliśmy doksztalcać, czego efekty są mierne. Proszę dalej.

W związku z tym, że nie do końca udało nam się wariant pierwszego naboru na uczelnie cywilne i przeszkolenia, oczywiście po likwidacji WAM powstał Uniwersytet Medyczny, który ma wydział wojskowo-lekarski, kształcą się tam studenci, spotkałem się z rektorem i z całym rektoratem Uniwersytetu Medycznego, spotkałem się ze studentami i spośród nich, spośród studentów trzeciego i czwartego roku tych wszystkich kierunków siedemdziesięcioro powiedziało, że chciałoby by być żołnierzami zawodowymi, o dziwo, więcej kobiet niż mężczyzn.

Generalnie rzecz biorąc, jesteśmy otwarci i chcemy od 1 października tego roku zorganizować kompanię akademicką w Uniwersytecie Medycznym, czyli ubrać tych chętnych w mundurki. Wiedzę medyczną zdobywaliby oni na Uniwersytecie Medycznym, a wiedzę wojskową w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych. Oczywiście owych sześćdziesięcioro czy siedemdziesięcioro trzeba jeszcze wysłać do komisji lekarskiej, bo może się okazać, że żaden z nich nie spełnia kryterium zdrowotnego. Dzisiaj żołnierz ma takie zadania, że musi być zdrowy, nie może być jakiś tam ułomny gościu czy kobieta, która chce być żołnierzem, ale się do tego nie nadaje. Po badaniach lekarskich dowiemy się, ilu chętnych zdobędziemy dzięki temu systemowi. Jeżeli i ten system nie zadziała, to nie wiem, trzeba chyba będzie odtwarzać Wojskową Akademię Medyczną, choć jednocześnie podejrzewam, że nikt do niej nie przyjdzie, jeżeli atrakcyjność tego zawodu będzie taka, jaka będzie. Zatem ważna jest poprawa atrakcyjności zawodu lekarza wojskowego. Proszę dalej.

Kolejna sprawa. O tym już mówiłem. A żeby mieć ludzi, trzeba stworzyć im porządne warunki pracy, bo nie zawsze ludzie liczą pieniądze. Pierwsza sprawa to doskonalenie zawodowe, a więc zdobywanie coraz wyższych stopni, kwalifikacji lekarza, zatem odstąpienie od zasady, że minister zdrowia mówi nam, ilu to minister obrony narodowej ma mieć lekarzy w danej specjalności. Myślę, że skończyły się takie czasy. To minister obrony narodowej musi wiedzieć, ilu potrzebuje lekarzy danej specjalności, żeby zapewnić realizację swoich zadań. W związku z tym będziemy dążyć do tego, żeby minister obrony narodowej na podstawie obowiązujących w państwie przepisów decydował, w jakim miejscu i ilu lekarzy ma kształcić, żeby zabezpieczyć swoje zadania na terenie kraju i poza jego granicami. Druga sprawa, mówiono już o tym dzisiaj, to polityka kadrowa, chodzi o to, że etaty żołnierzy są niejednokrotnie niższe niż innych zawodów wojskowych, a więc trzeba je zmienić. I trzecia sprawa to kwestia płacowa. Proszę dalej.

W związku z tym, że mamy jeszcze taki zawód, jakim jest zawód pilota wojskowego, pilota samolotu F-16, któremu minister obrony narodowej przyznał już dodatek, proponuję również dla lekarzy wojskowych stworzyć dwa systemy motywacyjne. Pierwszy byłby to dodatek na takich zasadach, jak dla pilotów F-16, drugi to dodatek za specjalizację, ale uzależniony od stażu pracy, bo sam wiem, że danie lekarzowi na przykład 10 tysięcy zł dodatkowo być może spowodowałoby jego utrzymanie, ponieważ miałby lepsze warunki w wojsku niż w cywilu, ale generalnie mógłby dojść do wniosku, że te pieniądze już ma, zatem może pójść na emeryturę i popracować jeszcze w cywilu. Tak że jeden dodatek oczywiście tak, ale drugi, czyli dodatek za specjalizację, uzależniony od stażu służby. Masz dodatek, bo jesteś ortopedą, tak jak pułkownik Sosnowski, ale warunkiem tego, że ten dodatek wejdzie do emerytury, jest przesłużenie jakiegoś okresu, według mnie powinno to być dwadzieścia pięć lat służby. Oddałeś ojczyźnie dwadzieścia pięć lat, zaliczymy ci ten dodatek do emerytury, będzie ona o parę złotych wyższa. To jest zasada kija i marchewki, może to spowodować, doprowadzić do tego, że lekarze będą się zastanawiali, być może będą wybierali zawód lekarza wojskowego. Proszę dalej.

Kolejna sprawa, o której też była dziś mowa, to jest przejęcie... Tak jak powiedział tu dziś pułkownik Sosnowski, każdy żołnierz w mundurze u niego w zakładzie i w każdym innym SP ZOZ musi zarobić na swoje uposażenie, które określa minister obrony narodowej. Minister obrony narodowej, przekazując zakłady do systemu ubezpieczeniowego, praktycznie wyrzekł się lekarzy wojskowych. Powiedział: jesteście żołnierzami, macie spełniać zadania na rzecz wojska, ale na swoje uposażenie musicie zarobić sami. No i zarabiają, jedni zarabiają i płacą, a inni nie zarabiają i, tak jak w Ełku, jest niedofinansowanie, w niektórych przypadkach po 20–30 tysięcy zł. Komendant w Ełku ma niezapłacone uposażenia dla żołnierzy zawodowych w mundurach. Wiadomo, jakie to od razu powoduje odczucia. Jest to strasznie zły klimat do działania.

W związku z tym proponuję, proszę dalej, żeby minister przejął uposażanie żołnierzy, bo jak minister może chcieć wysłać żołnierza specjalistę, ortopedę, laryngologa, neurochirurga, na wojnę na przykład do Iraku czy gdzieś indziej, jeżeli za niego nie płaci. Prawa narzuca ten, kto płaci. Tymczasem dzisiaj sytuacja jest taka, że minister nie płaci, a ja w jego imieniu, jako jego pełnomocnik mówię: Sosnowski, pojedziecie do Iraku. A on mówi: jak pan mi zapłaci, to pojedę, na razie ja muszę zarobić na swoje uposażenie. Podobnie komendant nie jest zainteresowany puszczeniem swojego żołnierza, bo gdy puści na przykład anestezjologa, których nie ma ani w kraju, ani w Europie, to kto mu zapewni bezpieczeństwo w razie operacji. Nikt nie jest tym zainteresowany, ani żołnierz, ani dyrektor czy komendant zakładu. Gdybyśmy spełnili przynajmniej ten warunek, że płaci za to minister, to za tym szedłby obowiązek, z którego żołnierz ma się wywiązać. To jest jego Indianin, który ma iść i walczyć. Dlatego też w 2005 r. SP ZOZ wypłaciły na swoje uposażenia ponad 55 milionów zł.

Ja proponuję, żeby komendant czy dyrektor, komendant SP ZOZ płacił tylko za dyżury, zaś za pozostałe sprawy minister obrony narodowej. Być może w tych zakładach jest trochę za dużo etatów wojskowych, ale jeżeli będę miał glejt, że tak jest, mogę się temu przyjrzeć, aby zredukować do niezbędnego minimum stanowiska wojskowe. Dziękuję za uwagę i proszę o ewentualne pytania, jeżeli byłyby takie do mnie.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję panu generałowi.

Czy zanim przejdziemy do pytań ktoś z zaproszonych gości chciałby teraz zabrać głos? Niekoniecznie punkt widzenia instytucji, którą reprezentuje...

Pan pułkownik Tichoniuk, proszę bardzo.

(*Głos z sali: Mamy dziesięć minut.*)

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

Dziękuję. To wystarczy. Szczęśliwie mam ograniczenie. Przepraszam, ale jeśli mówimy o służbie zdrowia, to właśnie nowinki techniczne w postaci klimatyzacji spowodowały, że trudno mi jest dzisiaj mówić, przepraszam jeszcze raz, postaram się zatem krótko. Ograniczenie czasowe też jest; w tej chwili, jak się wydaje, jest dziewięć minut taśmy. Postaram się w kilku zdaniach powiedzieć o społecznym odbiorze opieki zdrowotnej kadry zawodowej. I jeszcze raz przepraszam za tembr głosu.

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Pozwolę sobie przypomnieć, że w ubiegłym roku senacka Komisja Obrony Narodowej omawiała już temat opieki zdrowotnej wojska, prezentowaliśmy również opinie krytyczne na temat sposobu, tego, z jakich uprawnień korzysta wojsko. Pozwolę sobie przypomnieć, że w bardzo wielu obszarach pozostały sprawy niezafatwione, przede wszystkim chodzi o odrębny system opieki medycznej, zdrowotnej wojska, o czym dzisiaj mówimy.

O wielu sprawach powiedział już pan generał Bieniek, również pan generał Kondracki, dlatego nie będę tego powtarzał, chociażby kwestia przejścia lekarzy do budżetu. Nigdy w wojsku nie było tak, ani przed wojną, ani po wojnie, żeby żołnierzom nie wystarczało, żeby żołnierze nie mogli być opłacani, innymi słowy mówiąc, żeby były zaległości w wypłacie uposażeń. Jest to upokarzające. Rozmawialiśmy z lekarzami, którzy mają takie zaległości, pan generał Kondracki wspominał tu o szpitalu w Ełku.

Jeśli chodzi o wakaty w służbie zdrowia, to pozwolę sobie przypomnieć, że w 2003 r. i 2004 r. my jako resort obrony na własne życzenie zwolniliśmy setki znakomitych lekarzy ze wszystkich szpitali wojskowych, bezwzględnie niepotrzebnie.

(*Głos z sali: W 2003 r.*)

Tak, w 2003 r. Bezwzględnie niepotrzebnie. Tu absolutnie nie chodzi o osobę pana generała Kondrackiego, ale o system, o odpowiedzialność osób, które podjęły taką decyzję. Zwolniliśmy lekarzy, którzy mieli po osiem, dziesięć, piętnaście, dwadzieścia lat służby, bez pełnej wysługi emerytalnej. Ja rozmawiałam z takimi lekarzami w dwóch szpitalach, w Lublinie i w Gliwicach. Rozgoryczenie niesamowite. Przerzucanie tych lekarzy do jednostek wojskowych jako praktycznie niechcianych oficerów, jednostki wojskowe chciały z nich zrobić, wykuć żołnierzy, zaczęto ich ganiać na strzelania itd., itd. Pan komendant tak patrzy na mnie, myślę, że rozumiemy sprawę. Szkoda, bo straciliśmy znakomitych lekarzy, a w tej chwili mamy tyle wakatów.

Pozwolę sobie również zauważyć, właściwie chciałbym zainspirować, Panie Generale, do tego, ażeby w większym stopniu uczestniczyć w procesie nowelizacji ustawy pragmatycznej, bo tam jest miejsce i na etaty, i na dyskusje. Podczas konferencji uzgodnieniowej na temat ustawy pragmatycznej rzeczywiście aż prosił się mocniejszy głos w sprawie usytuowania lekarzy wojskowych, można było podnieść temat modelu rozwoju lekarzy w wojsku.

O ratownictwie medycznym była mowa, zatem to pomine.

Jeśli chodzi o dokumentowanie naszego stanu zdrowia, to powiem tak. Kiedyś, w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych, dziewięćdziesiątych uśmiechaliśmy się, popularny był w wojsku taki żart, że zdrowie żołnierza nie jest jego prywatną własnością. Chciałbym teraz sarkastycznie powiedzieć, że wołałbym, ażeby tak było faktycznie, dlatego że teraz stan naszego zdrowia nie jest nigdzie dokumentowany, praktycznie nigdzie. Żaden przełożony nie wie, przybywa żołnierz, a mówimy o kadencyjności, i przełożony nie wie, jaki jest stan zdrowia tego żołnierza. Oczywiście, kiedy obejmuje on stanowisko służbowe, musimy go przebadać, ale to jest tylko pobieżne badanie, kiedy jednak wysyłamy żołnierza na misję, my nie wiemy nawet, czy w ciągu dziesięciu lat miał jakieś urazy itd., itd.

Tłumaczenie, że nie mamy takich możliwości, jest błędnym tłumaczeniem. W poprzednim systemie były książeczki zdrowia, przez dwadzieścia, trzydzieści lat, to mogła być jedna, dwie, trzy książeczki, ale mieliśmy całą fotografię stanu zdrowia żołnierza, obraz jego kondycji zdrowotnej. Organizowaliśmy spotkania z kadrą zawodową, zgłaszali to żołnierze zawodowi w marynarce wojennej i w siłach powietrznych, a tam zdrowie jest bardzo istotnym elementem.

W Łodzi powstał Centralny Szpital Weteranów. Sądzę, że należałoby się zastanowić, czy nie podjąć działań wspierających tę inicjatywę w terenie, bo oprócz leczenia kombatantów istnieje jeszcze problem leczenia nowych weteranów, mówię o żołnierzach, którzy wracają z misji, ponoszą oni uszczerbki na zdrowiu. Państwo wysyła żołnierza za granicę, bo on jest w gotowości. My niestety nie robimy tego na zasadzie kontraktu o pracę, jesteśmy z powołania w służbie wojskowej, a skoro tak, to państwo nie może żołnierza pozostawić samemu sobie, tak jak bardzo dobrze, bardzo trafnie powiedział o tym pan generał Bieniek. Do nas również zgłaszają się żołnierze, na przykład ostatnio podoficer z GROMU z protezą, nie może dostać protezy ręki, potrzebuje na nią 50 tysięcy zł. Nie można zostawić tego żołnierza samemu sobie. My musimy się zastanowić, w jaki sposób to rozwiązać. W poniedziałek mieliśmy spotkanie z ministrem obrony i minister bardzo się tym zainteresował. Sądzę, że musimy podjąć ten temat. Również fundacja pomocy emerytom i rencistom przeznaczona dla tych żołnierzy jakieś drobne pieniądze.

Pragnę jeszcze powiedzieć o jednej sprawie. W orzecznictwie o stanie zdrowia żołnierza, o przydatności do służby używa się sformułowania, że jest niezdolny. Zgadza się, bo on bez ręki nie jest zdolny do służby wojskowej w pełnym zakresie, ale jakież problem, żeby ten żołnierz służył w zupełnie innym charakterze. Mamy przecież całą, przepraszam, że się tak wyrażę, biurokrację wojskową. Nie ma problemu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Właśnie między innymi o tym mówię, Panie Generale.

Znam podpułkownika sapera, który podczas wysadzania stracił rękę. Był znakomitym finansistą, przez dwadzieścia lat służył w wojsku w Sztapie Śląskiego Okręgu Wojskowego, służyłem z tym oficerem, wspaniale grał w piłkę, pan pułkownik...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie ma żadnego problemu. My po prostu musimy zadbać o żołnierza, bo on popada w skrajne ubóstwo, kiedy po piętnastu czy dwudziestu latach służby podczas misji traci rękę. On nie jest upośledzony, może być znakomitym żołnierzem oddanym państwu. Będziemy przekonywać kierownictwo resortu do pochylenia się nad tym pro-

blemem. Wczoraj rozmawiałem z panem generałem Skrzypczakiem, który był dowódcą jednej ze zmian w Iraku, dzisiaj zamieniłem parę słów z panem generałem Bieńkiem i ich zdanie jest podobne, identyczne.

Chciałbym również zwrócić uwagę na niewłaściwą organizację badań okresowych. Przeprowadzamy przetargi na organizację badań okresowych kadry zawodowej, ale nie przebiegają one tak, jak powinny. Przychodnie realizują w tym samym czasie swoją działalność bieżącą, zaś żołnierz jest petentem, niby wydzielamy tak zwaną ścieżkę do badań okresowych, ale to się tak nie odbywa, zawsze wchodzi pacjenci z kolejki, badania trwają nieraz całe tygodnie, ponadto badania są powierzchowne.

Wspominając o stanie zdrowia kadry zawodowej, bo nie mamy takiej informacji, pragnę tylko przypomnieć, że w Narodowym Funduszu Zdrowia jest tak zwany wyznacznik żołnierzy i policjantów. Trzeba by wykonać bazę danych NIP i wtedy może można by było gromadzić informacje, bowiem brak podejmowanych działań świadczy o tym, że samo wojsko nie chce posiadać, gromadzić takich informacji.

Kadrę zawodową niżej uposażoną, zwłaszcza podoficerów, ale również byłych żołnierzy zawodowych, bulwersuje to, że muszą płacić za usługi medyczne, na przykład w szpitalu na Szaserów 400 zł za przyspieszenie badania na rezonansie, wtedy pacjent nie czeka pół roku, lecz dwa tygodnie, a dla starszego człowieka często jest to kwestia życia.

W środę i we czwartek mieliśmy spotkania z kadrą zawodową 2. Brygady Lotnictwa Taktycznego w Poznaniu oraz kadrą 11. Dywizji Kawalerii Pancerniej, uczestnikami misji między innymi w Iraku, i ci oficerowie, ci żołnierze, Panie Przewodniczący, zobowiązali mnie do zaapelowania do komisji senackiej o inicjatywę legislacyjną w celu wyodrębnienia naszej, wojskowej służby zdrowia z powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Nie może być tak, że żołnierz w wojskowej służbie zdrowia, ale tylko z nazwy, jest petentem, a teraz praktycznie tak się czujemy. Na tym pozwolę sobie skończyć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję, Panie Pułkowniku, dziękuję też za przedstawienie obszernego materiału, który szczegółowo porusza te sprawy, co wykorzystamy w naszej pracy nad tym zagadnieniem.

Czy ktoś z gości chciałby teraz zabrać głos?

(Głos z sali: Przerwa.)

Przerwa? Dobrze. W takim razie ogłaszam przerwę.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Proszę bardzo. I bardzo proszę się przedstawić.

**Starszy Specjalista w Departamencie Spraw Obronnych
w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Jagiełło:**

Nazywam się Andrzej Jagiełło, reprezentuję Departament Spraw Obronnych w Ministerstwie Zdrowia.

Po wysłuchaniu tej rozmowy z jednej strony bardziej czuję się lekarzem wojskowym i rozumiem problemy przedstawione zarówno przez pana komendanta szpitala, jak i pana generała Kondrackiego, z drugiej strony czuję się niejako winny, będąc reprezentantem ministerstwa. Jestem tam dopiero siedem miesięcy, a może aż siedem miesięcy, ale usprawiedliwia mnie to, że na co dzień po godzinach pracy na pełnym etacie pracuję jeszcze w szpitalu wojewódzkim, na oddziale ratunkowym, kończę specjalizację, tak że mam codzienny kontakt ze służbą zdrowia i wiem, co się dzieje.

Chcę powiedzieć, że martwiąca jest sytuacja, w której od szpitala wojskowego wymaga się tego, żeby był on resortowy, żeby zabezpieczał, a jednocześnie nie dajemy centralnie żadnych pieniędzy. Każemy finansować wszystkie usługi tylko z rynku usług medycznych, tak jak w przypadku szpitala cywilnego, ale wymagania mamy większe. Chcemy, żeby ten szpital zabezpieczył nas na wypadek wojny, żeby wystawił kadrę na misję pokojową, żeby w sytuacjach kryzysowych i w razie wojny przejął większość obciążeń. My wiemy, że gdyby coś się działo, to teraz szpitale wojskowe są w stanie zapewnić najwyżej siedem tysięcy miejsc szpitalnych. To jest bardzo mało, bo dla wojska potrzebujemy ich siedemdziesiąt siedem tysięcy – nie mówię o szczegółach, ale to jest taki rząd wielkości – tak że już teraz w szpitalach cywilnych musimy znaleźć dziesięć razy tyle miejsc, ile w wojskowych, ponieważ mnóstwo szpitali wojskowych już zostało zlikwidowanych.

Poza tym jest coś takiego jak dyspozycyjność. Gdy obserwuję swoją pracę, gdy obserwuję pracę swoich młodszych kolegów wojskowych, to mnie się wydaje... Ja byłem przez dwanaście lat w jednostce, na wszystkich stanowiskach, nie miałem znajomości, kwitłem w jednostce, robiłem specjalizację itd., znam tę sprawę od dołu. Wiem dobrze, że dyspozycyjność lekarza wojskowego, z naszych roczników i na pewno starszych, wyglądała tak, że gdy wiedziałem, że trzeba zostać i coś zrobić, to ja to robiłem, nie miałem wyboru. Tymczasem liczenie na, mogę powiedzieć, w tej chwili dla mnie młodzież i na lekarza cywilnego... Jest godzina 15.00 i on idzie do domu. Jeżeli mam coś do zrobienia, ja naprawdę nie mogę na niego liczyć.

Teraz sytuacja wygląda tak. Poza zabezpieczeniem związanym z kryzysem, wojną – oby się to nigdy nie stało, abyśmy nie mieli problemu – w naszej sferze działania pozostają bezpieczeństwo i zdrowie panów senatorów, przedstawicieli naszych centralnych władz, wszystkich urzędów centralnych. My to musimy robić, my musimy mieć miejsca dla wszystkich państwa, dla osób najważniejszych w państwie. Tak naprawdę staramy się, próbujemy się opierać na szpitalach branżowych, w których możemy zapewnić większe bezpieczeństwo i większe zrozumienie personelu i całej obsługi. Jeżeli ktoś, powiedzmy, VIP jest na OIOM, to trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że on potrzebuje wyłączności, jeśli zatem jest tam dziesięć łóżek, to nie jest tak, że go umieścimy między różnymi pacjentami. My musimy mu zapewnić, po pierwsze, zdrowie, utrzymać go przy życiu i jak najlepszym zdrowiu, po drugie, musimy mu zapewnić bezpieczeństwo. To też wymaga pewnych przesunięć, niestety kosztem zwykłych ludzi.

W tej sytuacji opieranie się na szpitalach wojewódzkich, wiemy, ile mamy szpitali wojewódzkich, bo szpital powiatowy nie jest w stanie nam tego zabezpieczyć, ani dyrektor tego nie rozumie, ani kadra... My w sumie musimy się opierać na naszych starych szpitalach branżowych, gdzie jeszcze mamy trochę kadry. Z kolei kadra, która to rozumie, tak jak zostało to tu przedstawione, jest tak naprawdę obciążeniem. Jeżeli ja kadrze płacę średnio dwa czy dwa i pół razy tyle, co pracownikom cywilnym, to wiadomo, że jest ona

dla mnie ciężarem i ściąga mnie w dół. Taki szpital ma więcej zadań i są to naprawdę poważne zadania. On powinien mieć jakąś część na swoje funkcjonowanie, na byt, nie wiem, działka, prąd, inne media, i uważam, że powinno to być finansowane centralnie, przez państwo. Jeżeli zaś fundusz chce nam coś dać na usługi medyczne, działkę na ortopedię, na kardiologię, na neurochirurgię, to fajnie. My pozyskujemy dodatkowe pieniądze, co może spowodować, że będziemy lepszym szpitalem, pacjenci będą się chcieli u nas leczyć, rozwiniemy się, będziemy mieli lepszy sprzęt itd. Mamy tu przykład Krakowa, Warszawy, WIM. Znam jeszcze takich ludzi, którzy chcą się leczyć w szpitalu wojskowym, dużo ludzi chce się leczyć na przykład na Szaserów. Tylko nie patrzy się na to, że nie dajemy nic, niejako trochę dożywamy system wojskowej opieki zdrowotnej, ale gdy czegoś potrzebujemy, to idziemy tam, pukamy i prosimy, aby nam coś załatwić.

Wydaje mi się, że trzeba dostrzec ten problem. My musimy te placówki – jest ich garstka, jak widzieliśmy, osiem – jakoś utrzymać. Chciałbym jako lekarz, jako reprezentant działu wojskowego w Ministerstwie Zdrowia, żeby jednak one funkcjonowały i funkcjonowały lepiej, i żeby to wszystko nie opierało się na Narodowym Funduszu Zdrowia czy na środkach, które są zaskarżane jako niesłusznie przekazane. Chodzi o to, żeby ktoś pomyślał, że musimy utrzymać te placówki, nawet gdybyśmy mieli nie mieć pacjentów z miasta, na których zarabiamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z gości chciałby jeszcze zabrać głos?

Proszę bardzo.

**Kierownik Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii
w Wojskowym Instytucie Medycznym
Jerzy Kruszewski:**

Moje nazwisko Kruszewski. Jestem przedstawicielem Wojskowego Instytutu Medycznego w zastępstwie pana profesora Podgórskiego, ale jednocześnie jestem aktywnym działaczem samorządu lekarskiego, jestem członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, kieruję tam komisją kształcenia, która zajmuje się problemem specjalizacji lekarzy. Jestem też w tej chwili jedynym w mundurze specjalistą krajowym, którego minister zdrowia powołał do opieki nad jedną z dyscyplin, tą dyscypliną jest alergologia.

O co właściwie można by apelować do państwa w aspekcie kształcenia? Przecież panowie zajmują się głównie legislacją. Mój apel jest tylko jeden. Wkrótce będzie nowelizowana ustawa o zawodzie lekarza, w której jest zapis mówiący o tym, że postępowanie kwalifikacyjne, tryb kształcenia lekarzy wojskowych określi w rozporządzeniu minister obrony narodowej. Wydaje mi się, że szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia zgodzi się z moją opinią, żeby ten zapis utrzymać. Na tej podstawie minister obrony wydaje rozporządzenie w tej sprawie, które jest analogicznym rozporządzeniem do takiego, które wydaje minister zdrowia, i określa te zasady. A to już jest niejako nasza wewnętrzna sprawa, sprawa wewnątrzresortowa, bo tak jak my to w rozporządzeniu napiszemy czy zaproponujemy, tak ten tryb będzie wyglądał. Takie rozporządzenie istnieje i na jego podstawie są specjalizowani lekarze wojskowi. Jednak to, jak ono jest wykonywane, to jest niejako już odrębna sprawa. Niemniej na podstawie tego,

co mówił szef służby zdrowia, co mówili koledzy, wydaje się, że powinniśmy mieć jednak odrębny tryb, bo są pewne problemy.

Gdyby ten zapis zniknął, to dopiero wtedy powstałby problem. Z tego wynika, że lekarz wojskowy w aspekcie specjalizowania się, w aspekcie tego, do czego dąży, jest jednak troszeczkę innym lekarzem. Specyfika służby, zadania, które ma do wykonania, mundur, który nosi, wymagają nieco innego trybu. Oczywiście egzamin specjalizacyjny musi być egzaminem państwowym, żeby kwalifikacje wszystkich lekarzy były jednakowe; zresztą jest to wymóg unijny, w związku z tym tak musi być. Zatem już na końcu musimy się poddać takim samym restrykcjom czy sprawdzianom, jak każdy lekarz w Polsce, ale dochodzenie do tego wymaga odrębnego potraktowania.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję.
Proszę bardzo.

**Komendant 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką we Wrocławiu
Grzegorz Stoiński:**

Ja chciałbym jeszcze uwypuklić, podkreślić interwencyjność spraw związanych z funduszem modernizacyjnym. Chodzi o to, że ten fundusz... Na przykład w przypadku mojego szpitala w ubiegłym roku w czasie urlopu odbyło się kilka spotkań w Sztabie Generalnym, była komisja, komendanci szpitali sami musieli motywować poszczególne zadania modernizacyjne. Te pieniądze zostały podzielone, część przydzielono na rok ubiegły, a część inwestycji rozpoczęto i przeszły one na rok 2006. Teraz jesteśmy po bardzo skomplikowanym, kosztownym procesie przygotowania dokumentacji rozstrzygnięć w przetargach publicznych i czeka nas podpisanie umów, niektóre już zostały podpisane. Te pieniądze cały czas były niejako gwarantowane poprzez to, że ubiegłym roku zostały przydzielone. Tymczasem dowiadujemy się, że musimy to wstrzymać. Nie mówię już o sprawach technicznych, które się z tym wiążą. Faktem jest, że jeżeli do tego dojdzie, to spowoduje to zapewne płacenie poważnych kar, ponieważ mamy już podpisane umowy z budowlancami czy z firmami, które dostarczają sprzęt. Jest to naprawdę bardzo poważny problem w skali tych kilku szpitali wojskowy, które otrzymały fundusz modernizacyjny. Dziękuję.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo.
Już nikt spośród gości nie wyraża chęci zabrania głosu.
Przejdźmy do pytań panów senatorów.
Proszę bardzo.

Senator Rafał Ślusarz:

Szanowni Państwo, cieszę się, że doszło do tego spotkania. Na początku chciałbym powiedzieć, że my wszyscy należymy do Komisji Obrony Narodowej, dlatego że

chcemy, żeby nasze wojsko było w jak najlepszym stanie i o to się troszczymy. Mówię o tym, ponieważ być może następne stwierdzenia wypadną troszkę ostro, ale proszę nie zapominać o pierwszym. Druga sprawa. Padało tu wielokrotnie stwierdzenie, choć w tych wypowiedziach temat ten niejako się gdzieś chował i umykał, że finansowanie służby zdrowia w Polsce jest na zbyt niskim poziomie. I przy rozważaniach o dobrym czy o złym zarządzającym warto pamiętać o tym, że jeżeli tu zwiększymy kontrakt, to gdzieś tam zostanie on zmniejszony. Warto o tym pamiętać cały czas, przy okazji każdej wypowiedzi. Po trzecie, myślę, że jeśli chodzi o diagnozę, to się nie różnimy. Kontakt z państwem pozwolił nam pogłębić nasze wątpliwości i zastrzeżenia do obecnego systemu, choć my znamy te problemy może bardziej od strony cywilnej, ale teraz mamy jasność.

Ja myślę, zacznę od wypowiedzi pana generała Kondrackiego, że padło tam kilka stwierdzeń, których nie nazwałbym może kontrowersyjnymi, ale nadmiernie kategorycznymi. Sądzę, że to jest kwestia na osobne spotkanie, ale teraz powiem, że kwestionowałbym sprawę wyprowadzania składki wojska z systemu do innego systemu i to nie z tego powodu, że życzę źle wojsku, ale z tego powodu, że życzę wojsku dobrze. Uważam, że jest to ruch jednak na niekorzyść naszych sił zbrojnych, ale – tak jak mówię – argumentów jest dużo i jest to sprawa do przedyskutowania.

Kolejna sprawa, o której pan powiedział, chodzi mi o to, że ustawa restrukturyzacyjna karze dobrych dyrektorów, sprawa dobrych i złych dyrektorów. Ja od dawna lansuję taką tezę i rzucam dyrektorom takie wyzwanie. Pokażcie mi dyrektora, który bilansuje swoją jednostkę, a ja pokażę, gdzie on nawala prawnie, bo na przykład nie wypłacił środków z ustawy 203, nie zrealizował tak zwanej ustawy metrowej albo nie zakupił sprzętu, czyli nawala medycznie. Krótko mówiąc, mamy to albo to, albo ktoś kupuje sprzęt, źle traktuje pracowników i bilansuje firmę, albo... Jeśli bilansuje, to wtedy na różnych polach są problemy. W związku z tym pojawia się pytanie, czy należy się cieszyć, z entuzjazmem podchodzić do kogoś, kto wykazuje bilansowanie. Już na podstawie naszej peregrynacji po szpitalu widzimy uchybienia, jeśli chodzi o ustawę metrową, one są oczywiste. Musimy ważyć racje. Parametr buchalteryjny nie jest najistotniejszy. Kiedyś w służbie zdrowia był on zupełnie nieistotny, teraz jest istotny, ale należy go równoważyć, brać pod uwagę to, jaką medycynę za te pieniądze kreujemy.

Jeśli chodzi o uwagę na temat fantastycznego losu lekarza w cywilu, to powiem, że akurat jestem lekarzem i nie podzielam tej opinii. Nie podzielam tej opinii. Miałem jedną wolną niedzielę w roku, też tak funkcjonowałem, dyspozycyjność była dramatyczna, bo także ze szpitali cywilnych lekarze wyjeżdżają i trzeba to uwzględnić. To nie jest tylko problem służby zdrowia. Zresztą my tu troszkę tak mówiliśmy, jakby służba wojskowa miała jakieś specyficzne problemy, tymczasem 90% problemów jest wspólnych dla służby cywilnej i wojskowej, oczywiście jest pewien obszar specyficzny, ale warto pamiętać o tym, że nie jest on tak duży.

Teraz zwróciłbym się do pana pułkownika, komendanta Sosnowskiego. Być może nie ma pan tych informacji, zresztą nie będę nalegał. Ja tylko szybko odczytam pewne pytania, które chciałbym panu zadać, żeby lepiej poznać pana jednostkę. Będziemy się kontaktowali z różnymi osobami i chciałbym sobie wyrobić opinię na ten temat. Jeśli już przejechałem te 500 km, to prosiłbym o odpowiedź, gdyby mógł pan to uzupełnić; potem z protokołu mógłby pan to odtworzyć. To jest ogromny obszar. Jest tu problem podatku od nieruchomości. Prawdopodobnie jeszcze przed wejściem w ży-

cie ustawy miał pan zaległości. Czy samorząd umorzył panu ten podatek, czy umarza i jaki on jest duży? To jest pierwsza sprawa. Jak zaczął pan program restrukturyzacyjny? Czy dostał pan już pełną kwotę, która się panu należała? Czy będzie pan – bo następuje zmiana ustawy restrukturyzacyjnej – występował o kolejne pieniądze? W tej chwili jest taka możliwość. Jak pomogło panu to rozwiązanie legislacyjne? Kolejne pytanie, myślę, oczywiste w wojskowym szpitalu. Ilu pan leczy żołnierzy z misji? Ilu pan leczy wojskowych, żołnierzy? Ilu pan leczy w ogóle pacjentów? Jaki jest procent, jeśli chodzi o obsługę wojskowości?

Przy okazji taka uwaga do pana, który powiedział, że żołnierz jest petentem. Ja myślę, że w tym szpitalu on nie jest petentem, przecież to jest szpital wojskowy, mam taką nadzieję. Ja rozumiem, że... (*Wesołość na sali*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Nie, nie, rozumiem, pytanie jest retoryczne.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie, ale nasuwa mi się taka sugestia, że to jest miejsce, gdzie priorytetowo powinien być traktowany pacjent wojskowy.

Mam pytanie o specyfikę tego szpitala. Czy ma pan tu jakieś jednostki, które są unikalne, jeśli chodzi o konkurencję na terenie Krakowa? Słyszałem, że OIOM ma atrybut kliniczny i że to jest coś unikalnego, teraz próbuje pan rozwijać medycynę nuklearną. Nie wiem, czy pan będzie miał na to kontrakt, czy nie, bo nie wiem, jak Narodowy Fundusz Zdrowia... Czy ma pan jakieś programy lekowe, których nikt nie ma? Czy są u pana w szpitalu jakieś unikalne specjalizacje dla lekarzy? Chodzi o to, żeby ten szpital się odróżniał na tle konkurencji, bo konkurencję ma pan w Krakowie bardzo mocną.

Teraz pytanie o charakterze systemowym, ale my w Senacie się tym zajmujemy, interesujemy, chodzi o emigrację kadry. Ilu lekarzy wyjechało z pana szpitala na Zachód? Ilu odeszło do konkurencji? Gdyby mógł pan odpowiedzieć na te pytania, bardzo bym o to prosił. Ja już teraz ograniczam zakres pytań i, tak jak mówię, odpowiedź może być później, już po, i pisemna. Dziękuję bardzo.

**Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką w Krakowie
Jan Sosnowski:**

Dziękuję bardzo.

Dobrze, Panie Senatorze, ja pozwolę sobie od razu odpowiedzieć na pana pytania. Zanotowałem ich pięć i pozwolę sobie zacząć od pierwszego. Jeżeli chodzi o podatek, zawsze występujemy o to, żeby można było uzyskać zgodę na zmniejszenie podatku lub całkowite...

(*Głos z sali: Umorzenie.*)

Nie udało się całkowicie umorzyć tego podatku, ale za rok 2003/2004 uzyskaliśmy przejściowe zmniejszenie. Teraz staramy się wypracować taką koncepcję, żeby jednak za te tereny zielone, które są parkiem, tam, gdzie nie prowadzimy działalności stricte medycznej, bo niestety, mimo że jesteśmy w księdze rejestrowej jako instytucja non profit, jesteśmy traktowani jako...

(*Senator Rafał Ślusarz: Tak, tak, wiem, wszystkie szpitale, tak.*)

To tyle, jeżeli chodzi o umorzenia.

(*Senator Rafał Ślusarz: A jaka to kwota, na jakie kwoty...*)

Panie Senatorze, musiałbym zasięgnąć opinii mojej księgowej, ale to są kwoty znaczące dla szpitala. Każda kwota dla szpitala jest znacząca.

(*Senator Rafał Ślusarz*: Mogę liczyć na to, że odpowie pan pisemnie i przekaże to panu przewodniczącemu?)

Tak jest.

Jeśli chodzi o restrukturyzację finansową, to pamiętajmy, Drodzy Państwo, że to jest pozornie operacja finansowa, która ma przywrócić, czyli reaktywować, pewne procesy finansowe, źle działające, podupadające itd. Ona ma spowodować, wyzwolić inicjatywę, restrukturyzacja finansowa ma wpłynąć na uzyskanie, powiedziałbym, większego oddechu. To, o czym wspominałem przed...

(*Senator Rafał Ślusarz*: Tak, tak, oczywiście, tak.)

Panie Senatorze, długi, bo to jest zaciągnięcie pewnych zobowiązań finansowych, długi i zobowiązania mają jednak to do siebie, że trzeba je spłacić. Zawsze istnieje ryzyko. Jakim kosztem? Odbywa to się kosztem tego zakładu. My płacimy wprawdzie niski procent, ale płacimy. Musimy patrzeć w przyszłość. W związku z tym, jeżeli w przypadku mojego zakładu była to kwota 4 milionów 200 tysięcy zł zadłużenia, to w tym roku musimy wykazać się dużą aktywnością, dużą mądrością przy podejmowaniu decyzji, czy mamy brać następne pożyczki. Serce by chciało, można powiedzieć, że mój następca będzie miał ten problem, a nie ja, ale tak nie możemy myśleć. To jest szpital, jako instytucja on musi trwać. Obojętne jest to, kto nim będzie zarządzał, te problemy finansowe uderzą go w tył głowy wcześniej czy później, jeżeli będzie to pożyczka przekraczająca jego możliwości finansowe. O wyobrażeniu, o pewnej sytuacji wirtualnej szpitala można opowiadać, ale przytłacza nas szara rzeczywistość. Nie będziemy w stanie spłacić tych pieniędzy.

(*Senator Rafał Ślusarz*: Przepraszam, Panie Przewodniczący, jeśli mogę wejść w słowo, my umarzamy 70% tej pożyczki, w związku z tym...)

Panie Senatorze, tak, ale zawsze trzeba pamiętać, jakim to się odbywa kosztem, jaki to jest koszt dla zakładu, ile musi nastąpić zmian, przeorientowanie niektórych struktur, liczenie kosztów, obcinanie kosztów stałych, bezpośrednich i pośrednich. To są bardzo skomplikowane procesy, ale oczywiście w to wchodzimy.

(*Senator Rafał Ślusarz*: To jest cała odpowiedź.)

Jeśli tylko będzie można, zdecydowanie będziemy zmierzali w tę stronę, dlatego szpital trzeba zmieniać pod tym kątem.

Kolejne pytanie dotyczyło procentów, tego, jaką liczbę naszych pracowników leczymy w naszej placówce. Panie Senatorze, nie do końca jest tak, jak się utarło, że w placówkach wojskowych muszą być priorytety. Ja pytam, na podstawie jakich dokumentów legislacyjnych te priorytety mają być w tych placówkach. Proszę mi pokazać choć jeden dokument, który mówi o tym, że żołnierz zawodowy, policjant w placówkach resortowych traktowany jest priorytetowo. Wiem, co mówię, dlatego że w zeszłym roku przez sześć tygodni byli u mnie przedstawiciele Najwyższej Izby Kontroli, którzy bardzo skrupulatnie badali relacje pacjent – szpital, szukali bardzo dokładnie i tak długo szukali, aż znaleźli dziwne rzeczy. Dlaczego tu u was kolejki dotyczą wszystkich, wszyscy muszą czekać? Przecież można by było w zarządzeniu komendanta wprowadzić udogodnienia dla kadry.

Ja mam serce otwarte dla kadry, bo to przecież sól ziemi. Żołnierz służby zasadniczej jest dla nas priorytetem, bo ten człowiek nadstawia za nas karku, gdy

jest wojna. Tymczasem, Panie Senatorze, nie ma żadnych przywilejów. Wyrzucono wszystko, co było. Żołnierz zawodowy czeka w kolejce, emeryt, rencista czeka w kolejce, inwalida wojenny i wojskowy... Przepraszam bardzo, to już jest zupełnie coś innego. Zatem jest to kolejna fikcja, nie mamy możliwości wykonania żadnego ruchu.

(*Senator Rafał Ślusarz: Ja jednak nie słyszałem postulatu, żeby to zmienić. Nie padło to w żadnej wypowiedzi.*)

Nie, nie, była bardzo klarowna wypowiedź pana pułkownika, który tylko zasygnalizował pewne kwestie. A wie pan, Panie Senatorze, dlaczego? Bo nie wypada nam wracać do spraw, które powinny być świętością. Żołnierz, który walczy, a walczy w tym kraju, tak się złożyło, musi mieć pewność, że ten kraj o nim nigdy nie zapomni. Czy ma być traktowany w sposób szczególny? Tak, Panie Senatorze, ma być traktowany w sposób szczególny.

Czy nasza służba zdrowia ma takie same problemy jak cywilna służba zdrowia? Tak, z tym że nasza ma dużo więcej zadań. Niech pan zgadnie, Panie Senatorze, gdzie uderzy pan wojewoda, żeby udzielić pierwszej pomocy, jeżeli dochodzi do sytuacji kryzysowej w państwie. Do placówek resortowych, bo są najlepiej zorganizowane i są na gwizdek. Tam nikt nie odmówi pomocy. Dlaczego? Bo polecenia służbowe, Panie Doktorze, nie są prośbami, lecz rozkazami.

Jeżeli chodzi o specyfikę, wyposażenie, to ona nie odbiega...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

(*Senator Rafał Ślusarz: Ale procenty może pan określić?*)

Procenty tak.

(*Senator Rafał Ślusarz: To przy okazji.*)

...jest to kadra zawodowa. Podam panu senatorowi z detalami...

(*Senator Rafał Ślusarz: Dobrze. Dziękuję.*)

Jeżeli chodzi o emigrację kadry, dotknęło mnie to w sposób symboliczny, dosłownie kilku lekarzy i kilka osób z personelu średniego próbowało wyjechać za granicę. Jedna osoba pracuje w Londynie, druga osoba bodajże też. Te dane też dostarczę panu senatorowi.

Jeżeli chodzi o specyfikę i wyróżnianie się, to myślę, że nie ma mowy. NIK sprowadził nas na ziemię...

(*Senator Rafał Ślusarz: Pytałem jeszcze o specyficzne obszary, którymi może pan konkurować z cywilnymi placówkami, ale to też może być później.*)

Powiem szybciej. Na pewno bardzo dobra klinika intensywnej terapii, ta, którą widzieliśmy. Będziemy mieli bardzo dobry szpitalny oddział ratunkowy, myślę, że najlepszy w Krakowie. Będziemy mieli i mamy bardzo dobrą okulistykę wyposażoną w sprzęt, mamy bardzo dobrą psychiatrię, bardzo dobrą ortopedię, bardzo przyzwoitą laryngologię, doskonałą rehabilitację – najlepszą w Krakowie, mamy wiele innych oddziałów, które utrzymują poziom krakowski, mimo tak niskich nakładów finansowych.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękujemy bardzo.

Czy ktoś z panów senatorów chciałby zadać pytanie?

Proszę bardzo.

Senator Andrzej Łuczycki:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Komendancie, mam kilka pytań, też raczej szczegółowych. Niekoniecznie dzisiaj musi pan udzielić na nie odpowiedzi, być może zadowoliliby nas, gdyby pan przesłał te materiały. Chodzi mi o amortyzację. Jak pan rozlicza amortyzację? Ja jestem w radzie społecznej dużego szpitala i wiem, że tam jest to wieczny problem. Amortyzacja jest niejako kosztem, który jest, gdzieś wisi i nie wiadomo, co z nim zrobić, nie wykazuje się go nawet w bilansie, tylko gdzieś tam z boku.

Interesuje mnie też taka kwestia. Jak procentowo kształtują się koszty osobowe w pańskiej jednostce? Następną sprawą. Wspomniał pan o wartościowaniu stanowisk pracy. Gdyby mógł pan powiedzieć coś bliżej na ten temat, prosiłbym o to, bo bardzo by mnie to interesowało w odniesieniu do systemu wynagradzania. I na koniec kwestia infrastruktury, o której pan tylko wspomniał. Chodzi mi o system energetyczny, który jest pewną bolączką w pańskiej jednostce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Czy może ktoś jeszcze chciałby zadać pytanie?
Proszę.

Senator Henryk Górski:

Ja, jeśli mógłbym. Dziękuję.

Ja mam jedno pytanie. Nieraz brakuje takiej argumentacji. Czy próbujemy, czy wspieramy się rozwiązaniami stosowanymi w innych krajach? Czy są takie przykłady? Ja akurat tego nie wiem, a panowie lekarze pewnie wiedzą. Czy w krajach zachodnich, do których się porównujemy, wojskowy system służby zdrowia jest wydzielony z ogólnego systemu? Chciałbym się tego dowiedzieć, ewentualnie proszę o jakiś przykład.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie ma? Ja pytam o odrębny system.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Czy są jeszcze pytania?

Proszę bardzo, pan pułkownik i pan generał.

Proszę.

**Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką w Krakowie**

Jan Sosnowski:

Panie Senatorze, jeżeli chodzi o amortyzację i sposoby jej rozliczania, to oczywiście przekażę panu odpowiednie materiały, podobnie w odniesieniu do wartościowania stanowisk pracy, dlatego że system jest nowy, oparty na pewnej puli pieniędzy, którą tak czy inaczej wydajemy na...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

W związku z tym, jeżeli liczbę pracowników podzielimy przez kwotę, to wychodzi nam pewna wartość punktowa. W nazwie pojawia się wartościowanie, to oznacza, że należy dokonać pewnego systemu ocen. W skład systemu ocen wchodzi bardzo dużo danych, zatem nie jest to tylko subiektywna ocena ordynatora oddziału czy komendanta szpitala. Zawiera się tu bardzo dużo składowych, na pewno wykształcenie, na pewno dyspozycyjność, na pewno staż pracy, na pewno doświadczenie zawodowe itd., itd. Jest wiele składowych. Podam prosty przykład. Dwie pielęgniarki na tym samym oddziale mogą mieć zupełnie inną płacę. Ordynator oddziału zabiegowego nie ma takiej samej stawki jak ordynator oddziału niezabiegowego, czyli na zabiegowym ma stawkę wyższą, na niezabiegowym niższą itd., itd.

System wydaje się z pozoru bardzo skomplikowany, ale wdrożyliśmy go w życie, związki zawodowe zaakceptowały tego rodzaju zmiany, dlatego że pokazała się ścieżka rozwoju dla każdej grupy zawodowej w szpitalu. Oprócz tego, niestety, ten system wymagał drastycznych zmian płac, niektóre grupy, które uznane zostały według tego systemu za grupy priorytetowe, napędzające pod względem finansowym, intelektualnym, naukowym, otrzymały wyższe gratyfikacje niż grupy zawodowe, które w tym szpitalu stanowią dodatek, tło lub margines. Generalnie na tym to się opiera.

(Senator Andrzej Łuczycycki: Prześle pan te dane, tak?)

Oczywiście, Panie Senatorze.

Jeżeli chodzi o koszty osobowe w 5. wojskowym szpitalu, to optimum jest wtedy, kiedy wynoszą one około 50%. To jest nasze pobożne życzenie i marzenie. W tym roku będziemy robić wszystko, żeby się do tego zbliżyć. Teraz stanowią one w granicach 70%, było lepiej, ale musieliśmy doposażyć niektóre oddziały, pracowników i kadre. Będziemy jednak redukować koszty osobowe, bo to jest najbardziej czuły wskaźnik poprawy.

(Senator Andrzej Łuczycycki: Zatem na dziś ma pan około 70%?)

Tak, w tej chwili jest to około 68–70%.

Jeżeli chodzi o system energetyczny w szpitalu, jest to przedsięwzięcie, po pierwsze, długofalowe, czyli musimy zacząć od przygotowania pewnej strategii.

(Głos z sali: Od małej elektrowni jądrowej...) *(Wesołość na sali)*

Zaczynamy rozgrywać sprawę pod względem strategicznym. Jaka jest optymalna wersja dla szpitala na teraz i na przyszłość? Czy nadal bazujemy na MPC, tak jak jest teraz, czy może zmieniamy to na paliwo w postaci gazu? Czy mamy budować centralną kotłownię, czy przeprowadzamy raczej modernizację energetyczną? Mówiąc o modernizacji energetycznej systemu, mówimy przecież nie tylko o źródłach ciepła, ale przede wszystkim o zmianie infrastruktury. Z tego mogą być olbrzymie korzyści. Wymaga to jednak bardzo dużego wysiłku, jeżeli chodzi o logistykę, przygotowanie części technicznej, przygotowanie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście. Dlatego to się wiąże z dużymi oszczędnościami, ale one dają się zauważyć później. Najpierw jest faza inwestycyjna. W związku z tym jest pytanie o partnerstwo publiczno-prywatne, które jest na topie od kilku miesięcy: czy szpitale mogą sobie na to pozwolić? SP ZOZ jak najbardziej. Ale kto podejmie ryzyko i podpisze z naszymi placówkami resortowymi umowy na trzy lata, na pięć lat? Nie ma takiego przedsiębiorcy, który zaangażuje się finansowo, licząc, że to przedsięwzięcie mu się zwróci po trzech czy po pięciu latach – to jest mało prawdopodobne. Tu jednak musi być umowa długofalowa itd., itd. Tak że to wszystko jest w sferze naszych marzeń.

Ja zacząłem od najprostszej rzeczy. Ponieważ miałem system produkcji pary technicznej oparty na paliwie płynnym, bardzo drogim w tej chwili, zastąpiłem autoklawy parowe zasilane parą centralnie z kotłowni autoklawami zasilanymi parą z własnych wytwornic pary. Kotły warzelne, które były w kuchni, bo to też było dostępne źródło, zmieniam teraz na kotły warzelno-gazowe i z nich również będę mógł parę technologiczną otrzymać, podobnie jest z pralnią. Paliwo płynne będę traktował jako absolutną, trzeciego stopnia, rezerwę na wypadek „W”. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Proszę, Panie Generale.

**Szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia
w Sztabie Generalnym Wojska Polskiego
Marek Kondracki:**

Panie Przewodniczący, ja nim odpowiem na pytania senatorów, ustosunkuję się do stwierdzenia pana pułkownika, pana komendanta. Oczywiście on mówi, że ma tutaj świetny system wartościowania, ale 70% kosztów osobowych w strukturze kosztów to jest... no, komendant do wymiany. (*Wesołość na sali*) Praktycznie rzecz biorąc, jest tu duży nawis, o którym już od dawna mówię, a jest to warunek otrzymania i umorzenia kredytu. Jeżeli pan komendant tego nie robi, podejrzewam, że następne posiedzenie komisji senackiej czy sejmowej może się odbyć bez niego, ponieważ...

(*Przewodniczący Franciszek Adamczyk: Nie taki był cel naszego tu przyjazdu.*)
(*Wesołość na sali*)

Nie, nie, Panie Przewodniczący, i bez tego przyjazdu wiedzielibyśmy, że pan pułkownik i całe kierownictwo zakładu musi doprowadzić do redukcji zatrudnienia. Najlepiej, żeby ona nastąpiła bez szkody dla ludzi: ktoś odchodzi na emeryturę, wyjeżdża za granicę, a na jego miejsce nikogo się nie przyjmuje.

(*Głos z sali: Nie ma takiej możliwości...*)

Jednak pan komendant ma gołębie serce i nie realizuje tego w takim tempie, jakie założył w programie. No, ale jest kolejna zasada: kto ma, to ma.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*) (*Wesołość na sali*)

W związku z tym jest uwaga – i jednocześnie polecenie – do pana pułkownika dyrektora doktora, że niestety nad tym tematem musi się pochylić, choć jest to temat niewdzięczny, bo dotyczy ludzi, niemniej jednak nierozwiązanie tego problemu może doprowadzić do niewydolności zakładu, a wtedy wszyscy stracą pracę. To tylko taka dygresja.

Dlaczego chcemy wyprowadzić składkę? – pyta pan senator. My nie chcemy jej wyprowadzać, my po prostu nie chcemy jej przekazywać przez... narodowego funduszu. To był oczywiście sygnał, że żołnierz nie ma żadnych przywilejów. Pan senator mówił, że nie wyobraża sobie, żeby w wojskowym szpitalu wojskowy czekał na świadczenia. A on czeka, bo ustawa...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Nie, nie, tutaj nie. Czeka, bo ustawa o finansowaniu świadczeń zdrowotnych z funduszy publicznych nie daje mu żadnych preferencji. To prawda, że jest szpital weteranów w Łodzi, ale co z tego, że on jest, jak on nie ma możliwości funkcjonowa-

nia. Kto jest w stanie dać mu dodatkowe pieniądze dla weteranów? Nikt. Ustawodawca nie założył takiej możliwości. Jest szpital weteranów, który za chwilę popłynie, a pan dyrektor Markuszewski razem z nim, ponieważ jak nie naruszy prawa, nikt mu nie da złotówki więcej na weteranów. Jeżeli więc nie wprowadzamy do ustawy zapisu dającego preferencje dla służb mundurowych, musimy podejść do tego w inny sposób: wyodrębnić i przyjąć inny system ubezpieczeniowy dla populacji, która musi być „pod gwizdkiem” i jest każdego dnia narażona na wielkie niebezpieczeństwo. A więc to jest kwestia polityczna, ani moja, ani ministra, tylko parlamentu i tego, jaką on decyzję podejmie, i Sejm, i Senat, i prezydent.

Druga sprawa: ustawa restrukturyzacyjna – nie ma co się cieszyć, że ktoś tam zapłacił zobowiązania, bo dostał w plecy, ponieważ nie podpadł pod ustawę restrukturyzacyjną. Ma pan oczywiście rację, Panie Senatorze, ale niech pan popatrzy na szpital, który dostał pieniądze z ustawy i nie zapłacił. Czy w tym szpitalu wszystko jest *correct*? Na pewno nie, jest może gorzej niż w tym, może trochę lepiej, a może dużo gorzej. Nie jest wykładnią, że jeżeli nie wypłacił, to ma lepszy standard, a jeżeli wypłacił, to ma gorszy standard. Generalnie rzecz biorąc, jeżeli się podejmuje decyzje odnośnie do zabezpieczenia środków na ustawę 203, to ten, kto nie wypłacił, powinien dostać kredyt, a ten, kto wypłacił, powinien dostać pieniądze i możliwość ich zainwestowania w sprzęt, remont, wymianę okien. Wtedy moglibyśmy mówić o sprawiedliwym systemie, który prowadzi zakłady do świetności. Tymczasem dano tylko tym, jeszcze raz podkreślam, którzy nie wypłacili. Ci, co wypłacili – na drzewo... przepraszam, że tak mówię.

(Głos z sali: To nie jest tak, Panie Generale.)

Jakie są pieniądze, Panie Senatorze? Tam jest tylko 200 milionów zł. Co to jest 200 milionów zł w skali kraju, na tyle jednostek? To jest po prostu kropla w morzu. Ja też uzyskałem pieniądze w ramach tych 200 milionów zł i jest to po prostu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kolejna sprawa: nie podziela pan opinii lekarzy, Panie Senatorze, że lekarz cywilny ma lepiej. Ja się z panem zgadzam, on też ma trudno, ale jeszcze trudniej ma lekarz w mundurze. To, że ja w ubiegłym roku przeszkoliłem tylko sześciu, bo tyłu przyszło, a w tym roku przeszkolę najprawdopodobniej czternastu albo mniej, bo może jeszcze zrezygnują, świadczy, że oni myślą, myślą i porównują. Gdyby było inaczej, na pewno mielibyśmy tutaj, tak jak powiedziałem, sześciuset sześciu i trzeba by przeprowadzić komisję weryfikacyjną, ilu można wziąć. Zgadzam się, że lekarz cywilny też jest w przegranej sytuacji. Zgadzam się, że podniesienie wynagrodzeń dla lekarzy powinno się odbyć i jestem członkiem zespołu międzyresortowego u profesora Religi, u pana ministra zdrowia. Ale uważam, że podniesienie pensji lekarzom musi się wiązać również z ograniczeniem miejsc ich pracy, przykładowo, tylko do dwóch, tak jak to zrobiono w odniesieniu do profesorów uczelnianych. Bo jeżeli się podniesie płace i nie zapowie, że lekarz nie może zarabiać w dziesięciu, piętnastu czy siedmiu miejscach, to on nadal będzie spędzał 70–80% czasu w samochodzie, zmieniając miejsce pracy, a pacjent będzie czekał na korytarzu na lekarza. Dlatego ja uważam, że powinno się podnieść wynagrodzenie lekarza dwa, trzy, pięć razy, niech on zarobi przyzwoicie w jednym zakładzie. Niech zarobi w jeszcze jednym zakładzie, bo to ograniczenie by się wiązało z niedoborem lekarzy i byśmy musieli w akademiach medycznych zacząć ich kształcić na siłę. Ale nawet jak podniesiemy wynagrodzenie pięć razy, a nie ogra-

niczymy lekarzom możliwości podejmowania pracy w wielu miejscach, generalnie nie zmieni to sytuacji. Zmieni to sytuację tylko o tyle, że oni nie wyjadą za granicę. Pacjent jednak nadal będzie czekał na lekarza, ponieważ lekarz wciąż 70% czasu będzie spędzał w samochodzie, jadąc z jednego miejsca pracy do drugiego. No bo jeśli dzisiaj zarabia na przykład 5–7 tysięcy zł, potem będzie zarabiał 70 tysięcy zł. Każdy by tak postępował. Tak więc to nie zmieni sytuacji – pacjent tego nie odczuje.

W związku z tym ja proponuję w zespole u ministra Religi, żeby połączyć te dwie wartości: dać przyzwoitą... No, nie oszukiwać lekarzy oraz środowiska medycznego, że od 1 października dostaną 30% podwyżki. Oni nie dostaną takiej podwyżki, dostaną 30% z pochodnymi. Lekarz do ręki weźmie 9–10%, a reszta to będą pochodne na różne składki. Dzisiaj, jestem przekonany, każdy lekarz liczy, że jak ma 1 tysiąc zł, dostanie 1 tysiąc 300 zł. Jak ma 10 tysięcy zł, dostanie 13 tysięcy zł, a jak on ma 1 tysiąc zł, to dostanie 1 tysiąc 90 zł albo 1 tysiąc 100 zł, resztę pochłoną pochodne. Podejrzewam, że będzie problem, i teraz mówię w ogóle o służbie zdrowia, nie tylko o wojskowej, jak lekarze pójdą do kasy i zobaczą, że na listach płac nie mają 30% więcej. Jest takie niebezpieczeństwo. Środki wprawdzie fundusz wygospodarował, ale powinno się ludziom powiedzieć: Panowie, 30%, ale na rękę nie tyle. Poddaję pod rozważenie: jak to zrobić? Bo jestem przeświadczony, że cała brać lekarska i biały personel czekają na 30% podwyżki. Jak ją dostaną, tak jak dostaną, znów się zaczną takie sprawy, jakie mają miejsce.

O tym, że rząd już nie ma przywilejów w wojskowym zakładzie, mówiłem.

Amortyzacji nie liczy fundusz. Ja byłem, jeszcze nie powiedziałem tego państwu, wiceprezesem narodowego funduszu. Ten przystojny pan w okularach jest moim następcą na tym stanowisku.

(*Głos z sali:* Zapytamy go o coś, żeby wykorzystać jego obecność.)

W kalkulacji kosztów procedury medycznej nie uwzględnia się amortyzacji, amortyzacja jest z kosztów. Zasady funkcjonowania wojskowych zakładów są identyczne jak zakładów cywilnych. Musi być naliczana amortyzacja każdego sprzętu, to idzie w koszty. Fundusz w ramach wyceny procedur nie liczy amortyzacji, ponieważ z prawa, które funkcjonuje, nie wynika, że fundusz ma dokonywać zakupu sprzętu i modernizacji. To leży po stronie organu założycielskiego, który w tym wypadku – Ministerstwo Obrony Narodowej – jest zbyt skąpy, żeby płacić za swoje zakłady, kupować sprzęt, kryć dachy, wymieniać okna. To się wiąże również z bilansem energetycznym, o którym mówił pan pułkownik Sosnowski.

Czy są w NATO przykłady takiej służby zdrowia, jak nasza? Jak przyjeżdżają żołnierze z NATO, to się dziwią, w jakim państwie są, dziwią się, że żołnierz, który służy w armii tyle lat, w służbie państwa, który jest narażony na niebezpieczeństwo, musi zarobić na swoje uposażenie i nie ma żadnych przywilejów. Są w niektórych państwach łączone systemy budżetowy z ubezpieczeniowym bądź systemy stricte budżetowe. Są też systemy ubezpieczeniowe, ale w tym wypadku ubezpieczenia są prowadzone przez odrębne fundusze ubezpieczeniowe.

U nas była branżowa kasa chorych. Byłem jej dyrektorem ekonomicznym. Była to kasa, która jako jedyna oddała do funduszu 134 miliony zł. Mieliśmy najlepszy wynik finansowy, chociaż najgorzej zaczynaliśmy. A teraz ci panowie z funduszu to są ubodzy krewni. Brakuje jakiegokolwiek przełożenia. Kiedyś, jak fundusz był tak zorganizowany, że zarządzał nim zarząd, a nie jednoosobowo prezes, to na posiedzeniu

zarządu mogłem wyrzucić presję merytoryczną, uzasadniając, że pieniądze tym zakładom się należą. Dzisiaj może pan prezes mówić długo i namiętnie, a prezes funduszu podejmuje decyzje jednoosobowo, za co zresztą odpowiada. Czyli zrobiliśmy po prostu hybrydę, która się nie da zjeść. Już spijamy tego efekty, a za chwilę możemy mieć całkiem duże kłopoty. Będę skracał wypowiedź, bo czas leci.

Chciałbym, jeżeli mogę, Panie Przewodniczący, odpowiedzieć panu dziekanowi – uczestnictwo w ustawie pragmatycznej. Ze sześćdziesiąt uwag do ustawy dałem na piśmie, rzadko która została przyjęta. Nikt mnie nie zapraszał na ich omawianie.

Książeczki wojskowe – dlaczego ich nie ma? Dlatego że prawo nie przewiduje, że lekarz wojskowy, policyjny, cywilny ma cokolwiek wpisywać w książeczkę. Jak zechce, to wpisze, jak nie zechce, nie wpisze. Jeżeli system jest niepełny, nie ma co w ogóle go używać. Narodowy fundusz ma obowiązek wprowadzić kartę ubezpieczenia, kartę chipową, o którą się biliśmy, jeszcze jak ja pracowałem w funduszu, ale do dnia dzisiejszego nie ma systemu RUM, choć w ramach offsetu przy zakupie F-16 były pieniądze firmy amerykańskiej na stworzenie systemu rejestru usług medycznych. Dlaczego nie ma? Bo w mętnej wodzie lepiej się rybki łapie. Jeżeli nie wiadomo, kto wypisuje jakie leki i po co komu jakie świadczenia, można kombinować. Gdyby wprowadzono system elektroniczny, choćby taki jak „Start”, który w kasie śląskiej został sfinansowany z funduszy Phare, u Sośnierza, to taki system po prostu obnażyłby całą służbę zdrowia, każdego lekarza. Byłoby wiadomo, co kto zapisał i komu zapisał. Byłoby wiadomo, że gościowi, który ma osiemdziesiąt lat, lekarz przepisał viagrę.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: Miał dwudziestolatki przepisywać?) (Wesołość na sali)

Że kobiecie dziewięćdziesięcioletniej przepisał viagrę. Myślę, że osiemdziesięcioletni już i viagra nic nie pomoże. Nie ma sensu wprowadzanie systemu książeczek wojskowych, jeżeli te książeczki tylko szcątkowo będą wypisywane. To prawda, rejestr usług medycznych był prowadzony w wojsku i policji w postaci książeczek. Każdy wiedział, jakie miał ciśnienie w danym roku, jakich leków nie może brać, jakie operacje przeszedł, gdzie był na leczeniu – o wszystkim było wiadomo. Lekarz brał książeczkę, przeglądał i mówił... Oczywiście to był prosty, prymitywny system, ale był, dzisiaj nie ma żadnego.

(Rozmowy na sali)

O Centralnym Szpitalu Weteranów powiedziałem. Markuszewski popłynie na pewno.

WF a kalectwo – pan, Panie Pułkowniku, pytał: jeśli ktoś nie ma ręki, dlaczego go zwalniać? Ano po prostu dlatego, że ustawa pragmatyczna mówi, że żołnierz ma zdać WF, a on nie zda, nie mając ręki, bo musi się podciągać. Jeżeli nie zda raz, nie zda drugi, będzie cywilem. Generalnie rzecz biorąc, to prawda, że ja nie muszę być sprawny, bo ja nie walczę, nie biegam, ja mogę być bez ręki, obym nigdy nie był, obym miał obie ręce. Nie można brać do wojska młodych chłopaków inwalidów. Ale jeżeli żołnierz pojechał na wojnę i coś mu się stało podczas służby, stracił rękę czy palec – komisja stwierdza, że jest niezdolny, bo jest niezdolny... No, dzisiaj jeszcze wszyscy w 100% muszą zdać WF, praktycznie rzecz biorąc, na takich samych warunkach jak komandosi, bo są dziesięciosekundowe różnice czasów. Każdy musi być sprawny, więc żołnierz bez ręki czy z endoprotezą kolanową stawu biodrowego, mimo że chodzi, nie jest w stanie utrzymać się w armii, armia go wyrzuci – ustawa pragmatyczna.

Ostatnie pytanie: niewłaściwa organizacja badań okresowych. Zgadzam się, ale ustawa o zamówieniach publicznych, której musimy przestrzegać, doprowadza do tego, że część badań okresowych dla resortu, a nawet badań w ogóle, jest realizowana poza resortem. Dzisiaj lekarz w Pszczynie Dolnej, badając żołnierza przed wyjazdem do Iraku, stwierdza, że żołnierz jest zdrowy, bo ten lekarz wygrał konkurs z ustawy. Ale czy jego interesuje, co się z tym żołnierzem będzie działo? Chciał jednak doprowadzić do tego, żeby włączyć do konkursu te świadczenia, żeby konkurs ofert na świadczenia dla wojska nie był nakierowany tylko na zakłady wojskowe. Ustawa o zamówieniach publicznych musi być w pełni realizowana.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dokładnie. Badania są powierzchowne, oczywiście, że badania są powierzchowne, bo każde badanie kosztuje. Jeżeli będziemy mieli w budżecie więcej pieniędzy, ja mogę zrobić każdemu żołnierzowi kompleksowe badania za 2, 3, 5 tysięcy zł i on będzie gruntownie przebadany, ale jeżeli jest 100 czy 150 zł na żołnierza, można zrobić tylko to, co można zrobić. A więc tu też chodzi o kasę, 400 zł za rezonans na Szaserów – to jest przestępstwo.

(Głos z sali: Tak jest.)

Nie można. Jest ustawa, jest przepis o kolejkach i on albo czeka w kolejce, albo się robi...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie ma takiej możliwości. Myślę, że wszystko powiedziałem.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo.

Ja mam pytanie do pana prezesa Lejka jako prezesa do spraw mundurowych. Czy wtedy kiedy te kontrakty są podpisywane na szczeblu, powiedzmy, szpitala wojskowego i krakowskiego funduszu, jest jakiś spór, czy pan z centrali ma wpływ na to, żeby go rozstrzygnąć i dać więcej pieniędzy, uznać negocjacje za właściwe lub niewłaściwe? O to chciałbym zapytać.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Lejk:

Z mocy ustawy dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktuje świadczenia i centrala nie ma żadnego wpływu na kontraktowanie świadczeń w sensie formalnym. ...tworzy komisje, które są komisjami konkursowymi, ale nie może wydzielać środków finansowych do pionu mundurowego, w całości. Nie ma również możliwości przesuwania środków finansowych z jednego oddziału do drugiego, bowiem pion mundurowy nie dysponuje tymi środkami, dysponują nimi poszczególni dyrektorzy oddziałów.

My czynimy duże i skuteczne, uważam, starania, żeby zwiększać kontrakty dla placówek resortowych tworzonych zarówno przez ministra obrony narodowej, jak i przez ministra spraw wewnętrznych i administracji, z tym że oczywiście są kwestie, które nie mogą być zrealizowane, bowiem jeżeli ktoś startuje z niskiego pułapu... A były to budżety historyczne – na 1999 r. przeszły z 1998 r. Gdybyśmy więc przeanalizowali dynamikę wzrostu nakładów na wojskową służbę zdrowia, okaże się, że ta

dynamika jest duża, bo z trzystu kilkudziesięciu milionów nakłady wzrosły do 733 milionów zł w roku 2006. Oczywiście wynika to również ze wzrostu nakładów na cały system.

Szpital, w którym się znajdujemy, otrzymuje co roku wyższy kontrakt, jak pan senator był uprzejmy powiedzieć, w odróżnieniu od innych zakładów, które nie zawsze dostają kontrakty porównywalne z rokiem poprzednim, ten szpital dostaje systematycznie, można powiedzieć, systemowo, coraz wyższe kontrakty.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, Panie Pułkowniku, ja przepraszam. To oczywiście wynika z faktu, że uznajemy, iż wzrost nakładów na ten szpital powinien być odczuwalny. Gdyby państwo przeanalizowali tabelkę, która mówi o wynikach finansowych szpitala w latach 1999–2005, wyraźnie widać, że to, co fundusz zwiększa, powoduje zmniejszenie straty. W końcu zwiększyliśmy to w 2005 r. w tak wysokim stopniu, że szpital zmniejszył stratę do zera. Trudno oczekiwać cudów w szpitalu, który ma w strukturze kosztów 75% czy 70% kosztów zatrudnienia i nie schodzi z tych kosztów, choć od razu dałoby to efekty. Ja nie chcę się wdawać w analizę, ale wiele lat byłem dyrektorem szpitala i dosyć starannie potrafię odczytać to, co się dzieje w szpitalu. Jeżeli tutaj jest, jak policzyłem, dwadzieścia dziewięć oddziałów i czterysta osiemdziesiąt jeden łóżek, to znaczy, że średnio na oddział przypada szesnaście łóżek. To oznacza, że jest rozdrobnienie i dlatego tak wysokie są koszty. Bo można założyć z punktu widzenia ekonomicznego, że oddziały, gdzie jest poniżej dwudziestu pięciu łóżek, nie są ekonomicznie opłacalne. Są oczywiście duże monografie ekonomiczne na ten temat, i to nie w Polsce, tylko poza Polską, na przykład książka Getzena, wybitnego ekonomisty, który to właśnie napisał. Koszty stałe wynikają z zatrudnienia kadry kierowniczej, lekarzy dyżurujących, obsady, która musi być adekwatna nie do liczby łóżek – kilkunastu, tylko do funkcji. Operację można wykonać tylko w konkretnym zespole liczącym dwóch czy trzech chirurgów, jedną instrumentariuszkę, jedną pielęgniarkę, która jest tak zwaną brudną pielęgniarką i chodzi po sali operacyjnej, jedną czy dwie salowe. To są koszty stałe. Przy tak małej liczbie łóżek w poszczególnych oddziałach, no... Ja przepraszam, że to mówię, to nie jest moja rola, bo ja jestem narodowym płatnikiem, ale akurat to mi się rzuciło w oczy.

Generalnie rzecz biorąc, staramy się, aby środki finansowe przekazywane do zakładów Ministerstwa Obrony Narodowej były z roku na rok wyższe i nie zanotowałem faktu przez te lata, kiedy jestem w funduszu, a jestem tu już trochę, żeby jakakolwiek placówka monowska otrzymała mniejszy kontrakt rok po roku. Ta placówka otrzymała kontrakt wyższy o 6%.

Oczywiście nie ma takiej zasady, Szanowni Państwo Senatorowie, że z roku na rok będą zwiększane przychody w tak istotny sposób, że w krótkim czasie podwoimy kontrakt, bo po prostu nie ma tylu środków w systemie. My byśmy chcieli państwu nieba uchylić, ale to się po prostu nie zdarzy, bo musiałby być w systemie duży wzrost, a w systemie wzrost jest niewielki, jak wiemy z zapisów ustawowych. Ale cieszę się, że szpital wyszedł na prostą i nie generuje straty.

Nawiązując do zatrudnienia, jeżeli są dziewięćset trzydzieści trzy osoby i czterysta osiemdziesiąt jeden łóżek – zwykle jako wskaźnik zatrudnienia przyjmuje się 1,2 – powinno być pięćset siedemdziesiąt siedem, pięćset osiemdziesiąt osób zatrudnionych w tym szpitalu. Tak się mniej więcej planuje, przynajmniej jeśli chodzi o nową budowę, o liczbę

szatni i liczbę różnych innych rzeczy. Założmy, że w tym wypadku trzeba przyjąć 1,5 osoby na łóżko. Trzeba więc pomnożyć czterysta osiemdziesiąt jeden przez 1,5 i po odjęciu tego od liczby obecnie zatrudnionych wyjdzie, jaką liczbę osób trzeba by zredukować.

Co do wykonywania przez ten szpital kontraktu, co prawda, dane spływają z pewnym opóźnieniem, ale według tych danych, które obecnie posiadam, jest to 31,97%, a powinno być 33,3%. Kolejek, oczekiwania, praktycznie nie ma. Przepraszam, że to mówię, ale skoro pan przewodniczący prosił, ja mówię, co nam wiadomo. Każda z naszych placówek jest starannie przez nas analizowana. Z naszych informacji wynika, że w zasadzie na wszystkie oddziały, oprócz oddziałów okulistycznego i ortopedycznego, pacjenci są przyjmowani bez oczekiwania, a więc nie ma dramatycznych kolejek do szpitala.

Ja mogę powiedzieć, że w roku 2007 fundusz będzie miał oczywiście dosyć trudną sytuację finansową, bo, tak jak pan generał powiedział, my jesteśmy źródłem finansowania podwyżek płac, czyli środków, które są kierowane nie na świadczenia zdrowotne w sensie generalnym, tylko właśnie na podwyżki płac. W przyszłym roku również będziemy finansowali przede wszystkim podwyżki zadeklarowane przez rząd. One wyniosą 4 miliardy zł i to jest w zasadzie wszystko, tyle, ile będziemy mieli w przyszłym roku więcej, biorąc pod uwagę nawet zwiększenie ponad prognozowane przychody. Trudno więc zakładać, że kontrakty na 2007 r. będą dynamicznie wzrastały, po prostu nie będzie środków, które by były skierowane na zwiększenie liczby świadczeń, będą tylko środki kierowane stricte na podwyżki płac, zgodnie z ustawą, która zostanie przyjęta.

Pion mundurowy podejmuje dosyć specyficzne działania, żeby ochronić placówki, które nazywane są wojskowymi czy policyjnymi, bowiem, tak jak pan generał powiedział, kompetencje są takie, jakie są, i są ściśle zapisane w ustawie, która nas obowiązuje. Ja jestem zdania, że należałoby bardzo poważnie rozważyć propozycję pana generała Marka Kondrackiego dotyczącą tworzenia odrębnego funduszu, ale nie funduszu, który by dysponował wyłącznie środkami pochodzącymi z ubezpieczenia żołnierzy niezawodowych i zawodowych, tylko funduszu, który by był tworzony, i to ustawowo, na bazie populacji trochę większej niż populacja żołnierzy zawodowych i niezawodowych czy funkcjonariuszy policji, bo to jest za mała populacja. Nie można tworzyć obejmującego całą Polskę funduszu, który dysponowałby skromnymi środkami, ponieważ to się obróci przeciwko zarówno tym, którzy będą chcieli się tam ubezpieczyć, jak i tym placówkom. Jeżeliby miał być tworzony taki fundusz, a takie plany kiedyś były, powinien mieć dosyć duże finanse, dobre finanse. Owszem są fundusze branżowe, ale one grupują większe populacje i wtedy mają mocniejsze podstawy finansowe.

Szpital wojskowy, Szanowni Państwo, niczym się nie różni od szpitala cywilnego w rozumieniu narodowego płatnika, dlatego że z mocy ustawy ubezpieczony ma równe prawo i dostęp do wszystkich placówek, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia zdrowotne, na terenie całego kraju. Nie ma żadnej grupy, która byłaby typowana jako grupa z jakimiś przywilejami. Przywileje parlamentarzystów również zostały zlikwidowane, przepraszam, że o tym mówię, i nie ma już żadnej grupy w Polsce, która miałaby przywileje, wszyscy mają ten sam status.

Co do żołnierza, który służył w jednostce 2305 GROM – my oczywiście znamy tego żołnierza – uważam, że to, co mogliśmy zrobić ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, żeśmy zrobili, udzieliliśmy mu wszelkiej pomocy, jaka w ogóle w Polsce była możliwa. Niestety z powodów medycznych... Bo chodzi o przeszczep ręki – on niecałą rękę ma amputowaną, zostały mu dwa palce – który niestety jest związany

z bardzo dużym prawdopodobieństwem odrzutu ze względów immunologicznych, bo tam właśnie w skórze znajduje się mnóstwo przeciwciał. Nieznany jest udany przeszczep cudzej ręki, chociaż taka rzecz była rozpatrywana w ośrodkach medycznych. Ja znam osobiście żołnierza, o którym mowa. Szkoda, bo jest to młody chłopak, chorąży. Ja jednak znam tę sprawę od strony medycznej.

Tyle chciałbym powiedzieć na temat pionu mundurowego i tego wszystkiego, co się opiera na tych zasadach. Rzeczywiście można łatwo utracić te zasoby, a ich odtworzenie byłoby bardzo, bardzo trudne.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję, Panie Prezesie.

Dwie minuty na odpowiedź dla pana generała

**Szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia
w Sztabie Generalnym Wojska Polskiego
Marek Kondracki:**

Panie Przewodniczący, można odnieść wrażenie z tego, co powiedział prezes narodowego funduszu, pan prezes Lejk, że to jest w sumie fajna rzecz – finansują 6% więcej z roku na rok. Ale nie powiedział, że te 6% to jest tylko wyrównanie wzrostu inflacyjnego i że zostały sfinansowane w poszczególnych województwach w różnych procentach wszystkie zakłady. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wzrost kosztów leków, nad czym nie panuje Narodowy Fundusz Zdrowia...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Bo stworzono hybrydę – to nie płatnik ustala listę leków refundowanych, ustala ją minister zdrowia, a narodowy fundusz płaci. Minister zdrowia może tak ustalić listę leków, że szpital wyda na to 70%, czyli tyle, o ile jest za duża struktura kosztów u Sosnowskiego, wyda wszystkie pieniądze na refundację. Jak ja jeszcze byłem w kasach i funduszu, mówiliśmy: albo lista leków do funduszu, do kasy, albo pieniądze do ministra zdrowia i wtedy robić listę leków pod środki finansowe. A więc nie do końca pan prezes Lejk był uczciwy, bo wywołał wrażenie, że oto wojskowe zakłady mają wyższe z roku na rok kontrakty, ponieważ fundusz łaskawie daje im środki. To jest nieprawda, on daje im tylko środki na wyrównanie inflacji. Jeżeli jest wzrost większy, ponad inflację, wiąże się to z otwarciem kolejnego oddziału, który z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń dla ubezpieczonych w funduszu powinien być.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dyskusja jest twórcza.

Minuta na odpowiedź, Panie Dyrektorze.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Lejk:**

Ja jestem przekonany, że podany przeze mnie wzrost nakładów w milionach złotych ze środków publicznych, żeby nie być gołosłownym, 371 milionów 537 tysięcy

cy zł w 1999 r. i 733 miliony 626 tysięcy zł 2006 r., to nie jest nic nieznacząca różnica w nakładach na te zakłady w ciągu sześciu lat. Pion mundurowy kontraktuje świadczenia za 733 miliony zł w MON i czterysta kilkadziesiąt milionów w MSWiA. Oczywiście więcej kontraktujemy w MON, bo ma więcej placówek.

(Głos z sali: I lepszych.)

Ja wcale nie podkreślam, że jest wiodąca rola Narodowego Funduszu Zdrowia w gospodarce lekami. My jako fundusz płacimy tyle, ile ustali minister zdrowia. Z roku na rok niestety zwiększa się refundacja leków. W zeszłym roku było to 6 miliardów 500 tysięcy zł – tyle fundusz zapłacił za recepty, które ktoś przychodzi i realizuje, a dopłaca do nich fundusz. W tym roku planujemy, że będzie to prawie tyle samo, więc to jest rzeczywiście, tak jak pan generał mówił, znacząca pozycja w planie finansowym. Na szpitalnictwo wydajemy kilkanaście miliardów, a na leki połowę tego. To jest na pewno od nas niezależne. Ile fakturują apteki, tyle my musimy zapłacić.

**Szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia
w Sztabie Generalnym Wojska Polskiego
Marek Kondracki:**

Panie Przewodniczący, jeżeli mogę się wciąć... Leki w szpitalach są za darmo, a do tego trzeba doliczyć leki... plus peruki, worki... więc praktycznie rzecz biorąc, składka, która schodzi, w więcej niż 50% jest wykorzystywana na wszystko, tylko nie na leczenie, i my chcemy...

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję.

Pan senator Zalewski jeszcze.

Senator Ludwik Zalewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Zanim zadam pytanie panu generałowi, najpierw się zwrócę do kolegów z komisji. Odkrywa się przed nami wiele ciekawych spraw, chociaż gdybyśmy zeszli w głąb, myślę, spotkalibyśmy ich więcej. Rozmawialiśmy dzisiaj o tym, że żołnierz oczekuje w kolejce. Myślę, że z dołu nie wszystko dociera, choć wiem, że są pewne sygnały, rozmawiałem ze znajomymi, z kolegami, którzy jeszcze służą. Żołnierz siedzi w brygadzie, choć wiadomo, że będzie miał zabieg wykonany za dwa, trzy miesiące. Nie można go wziąć na ćwiczenia, trzeba go trzymać w izbie chorych. Wiadomo, że po tym zabiegu zostanie zwolniony, już to jest wiadomo, lekarz w to nie wątpi, no ale on jest na stanie u ministra, na stanie brygady, trzeba go żywić, trzeba koło niego chodzić. Co on tam jeszcze robi?

Są jeszcze inne ciekawostki, paradoksy naszej służby zdrowia: kadra i żołnierze. Według mnie to jest komplet, oni tworzą zespół, ale niechby, powiedzmy, dzisiaj w czasie ćwiczeń jednej z brygad krakowskich nagle coś się stało, to żołnierz ze skreconą nogą pokuśtyka do lekarza, do ambulatorium, a sierżant, który z nim razem biegał czy się okopywał, pójdzie do lekarza rodzinnego i stracimy z nim kontakt, dowódca nie będzie wiedział, co się z nim dzieje, bo to już jest zupełnie co innego, to już go nie obchodzi. No, tak nie powinno być i to jest właśnie nasza sprawa, żeby jakoś to uzmysłwić.

Ja pamiętam czasy, kiedy płaciliśmy za leczenie żołnierzy. I muszę powiedzieć, że zostawały pieniądze w ministerstwie obrony. Dlaczego minister obrony z tego zrezygnował, nie wiem. Faktem jest, że takie czasy by mi się marzyły. Przepraszam, Panie Generale, że podam taki przykład: na Szaserów zawoziłem żołnierza, siedział tam urzędnik w bardzo wysokim stopniu, żołnierza brano na badania poza kolejką, ja go za tydzień odbierałem, oczywiście fakturka była wypisana, a płaciłem gotówką w ciągu tygodnia. Podobały mi się tamte czasy, bo był ekspres.

(Głos z sali: Kasa brązowa.)

Wtedy ja za żołnierza płaciłem, bo pieniądze miał minister. Były na to pieniądze w ministerstwie i one jeszcze zostawały.

Obserwujemy jeszcze jeden paradoks, o którym nikt nie powiedział. W małych jednostkach żołnierza rejestruje się za bramą, u lekarza rodzinnego, bo dla pięćdziesięciu, sześćdziesięciu żołnierzy nikt nie będzie zakładał ambulatorium, zwłaszcza jeśli nie ma etatowej pielęgniarki, takie przypadki jeszcze są.

Mam pytanie do pana generała: czy nie lepiej byłoby, zamiast prosić pana ministra o ośrodki, pokazać mu, czy komisji, która kontroluje modernizację techniczną, zwykły stół operacyjny – sześćset sześćdziesiąt – który jest na stanach. On jest jeszcze na korbę awaryjnie uruchamiany; bierze się tę korbę, wkłada się ją z boku i kierowca musi to dokręcić, żeby stół stanął. Pokazać tylko to. To jest stół, z którym my teraz w XXI w. jeździmy, to jest sala operacyjna dla naszych wojsk. Podejrzewam, że to problem rozwiązałoby zupełnie. Tutaj może ten sprzęt by jak raz pasował, bo to jest obiekt zabytkowy. Dwudziestek piątek już nie ma, ale 3/4 to są na pewno sześćset sześćdziesiątki, do niedawna jeszcze zisy były... Ustawić to i pokazać, zaprosić przełożonych, bo my często to ukrywamy i może o tym na górze nie wiedzą, nie znają tej sprawy. Podejrzewam, że to by problem rozwiązało, skończyłyby się rozmowy o modernizacji technicznej, przynajmniej w służbie zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Panu pułkownikowi jeszcze oddam głos, który to krótko podsumuje, a jeśli będą jeszcze jakieś pytania, to myślę, że przy obiedzie będziemy mogli jeszcze wymienić poglądy.

Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie Jan Sosnowski:

Dziękuję serdecznie, Panie Przewodniczący.

Ja tylko chciałbym przekazać pewne informacje, które skłaniają mnie od dłuższego czasu do twierdzenia, że nie należy mylić kierunku z odległością, co się bardzo często niektórym osobom zdarza. Ja staram się po prostu patrzeć na zadania, jakie stoją przed szpitalem, który reprezentuję. Zadania są olbrzymie, odpowiedzialność, jak sami państwo widzieliście, olbrzymia. Co za tym idzie? Ano startujemy z poziomu żaby, jest to żabia perspektywa. Postrzegamy ten szpital jako taki, który ma jakieś małe zadanka, ale jak przyjdzie co do czego, wtedy zadania będą duże.

Mówiąc słowami pana prezesa, współczynnik jest zły. Oczywiście, że jest zły. Tylko, Panie Prezesie, proszę wziąć pod uwagę: ile szpitali w kraju mamy tak roz-

członkowanym, że jest sześćdziesiąt obiektów na 10 ha? Oczywiście, że trzeba to komasować, zmieniać – to robimy.

Struktura zatrudnienia musi ulec zmianie, co doprowadzi do kompletnej degrengolady, jeżeli chodzi o wydolność tego zakładu, jeżeli chodzi o zadania, które przed nim stoją i będą stać. Możemy pójść tą drogą i ja muszę to zrobić, choć z punktu widzenia społecznego to dramat, ale jak tutaj zauważono: miękkie serce – twarde plecy.

(Głos z sali: Koniec pleców.)

No, jest pewien wybór. Ja po prostu stwierdzam, że jako lekarz mogę pewne rzeczy zaakceptować, ale niektórych stanowczo nie. Nie mogę się zgodzić z tym, żeby w roku 2006 postrzegać ten szpital z perspektywy roku 1999, bo to jest kompletne odwrócenie pojęć, pomylenie kierunku z odległością. To jest bardzo niski kontrakt – 40 milionów zł, ponieważ w wypadku innych szpitali jest to 80–100 milionów zł. Gdzie my jesteśmy? Jesteśmy w takiej sytuacji, że musimy śrubować czy wręcz ciąć zatrudnienie i to nie tylko pracowników peryferyjnych. Tniemy wielkość kadry, bo musimy. I z czym zostajemy? Z bardzo dobrym wynikiem finansowym, jeżeli chodzi o strukturę zatrudnienia, czyli koszty zatrudnienia, ale jeżeli chodzi o wyniki spektakularne dla szpitala, czyli wyniki leczenia, musimy liczyć na szczęście. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Franciszek Adamczyk:

Dziękuję bardzo, Panie Pułkowniku.

Jeszcze raz dziękuję za gościnę i możliwość odbycia tutaj posiedzenia. Myślę, że posiedzenie w tym szpitalu, który wkrótce będzie obchodził stulecie działalności, miało też na celu – bo wszyscy, którzy tu jesteśmy, możemy się traktować jako ludzie dobrej woli – aby w 2011 r. na stulecie szpitala jego budynki lepiej i godniej wyglądały. Myślę, że wszyscy, a szczególnie przedstawiciel funduszu, pan generał, który kasą dysponuje, będą łaskawszym okiem patrzeć na ten szpital, żebyśmy się za niego nie wstydzili.

Dziękuję również za udział w dyskusji. Tak jak mówiłem na początku, to nam pomoże podejmować właściwe decyzje.

Pana prezesa Lejka bym prosił, jeśli ma materiały porównawcze dotyczące tych ośmiu szpitali wojskowych, żeby zechciał nam przy okazji je przesłać do Senatu, to by też było pomocne. A jak będziemy rozmawiać na temat spraw legislacyjnych, kiedy już będzie projekt ustawy u nas, w Senacie, również poprosimy o obecność na posiedzeniu.

Dziękuję jeszcze raz. Życzę wszystkim szczęśliwego powrotu do domu. Panom senatorom dziękuję za entuzjazm i przyjazd do Krakowa. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

Komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie Jan Sosnowski:

Przepraszam bardzo, Szanowni Państwo. Występując jako gospodarz, serdecznie dziękuję panu przewodniczącemu za doprowadzenie do tego, że jesteście państwo gośćmi szpitala. Na koniec, Drodzy Państwo, ponieważ mówiłem na samym początku, że Kraków jest miejscem bardzo gościnnym dla wszystkich, nie tylko dla tych, którzy są w potrzebie i są w naszym szpitalu – jak również miejscem szczególnie magicznym, przygotowałem dla państwa na pamiątkę naszego spotkania drobne podziękowanie – ryciny. To mniej więcej wygląda tak. Oczywiście jest tu dzieł sztuki sporo innych, róż-

nych, tę pokazuję jako przykład. Chciałbym w tej chwili, korzystając z okazji, wręczyć je państwu, licząc, że chociaż tematyka spotkania była różnorodna i bardzo poważna, będzie ona również przyczynkiem do tego, żeby ciepło wspominać to, co się dzisiaj tutaj, w tym szpitalu, wydarzyło.

(Głos z sali: Jak znam życie, najładniejsze zostawił sobie.) (Wesołość na sali)

Żołnierz, Panie Generale, musi być bystry i zabezpieczyć się paskiem i szelkami. Między Bogiem a prawdą, zastanawiałem się, w jaki sposób państwu najlepiej podziękować. Panu przewodniczącemu w pierwszej kolejności – serdecznie dziękuję, Panie Senatorze.

(Przewodniczący Franciszek Adamczyk: Dziękuję.)

Panu senatorowi również serdecznie dziękuję.

(Głos z sali: Dziękuję uprzejmie.)

Panie Generale, panu również...

Panom senatorom dziękuję serdecznie za cierpliwość.

(Głosy z sali: Dziękuję. Dziękujemy.)

(Rozmowy na sali)

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 36)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851