

ŻOŁNIERZE JEDNORAZOWI



(?)

Komentarza udziela płk rez. lek **Marcin BUSZKO**, 2019.
Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints.

Żołnierze jednorazowi?

Czy znaczące dysfunkcja i ograniczenia w świadczeniach zdrowotnych jakie obserwujemy w cywilnej służbie zdrowia oddziałują na bezpieczeństwo zdrowotne personelu Sił Zbrojnych?

Odpowiedź na to pytanie można ująć w jednym zdaniu – żołnierze, jako obywatele RP są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, stąd mają prawo korzystać ze świadczeń publicznej służby zdrowia. Każde ograniczenie i załamanie w funkcjonowaniu cywilnej służby zdrowia oddziałują na możliwości korzystania ze świadczeń medycznych przez żołnierzy. W tym przypadku zasada aby problemy zdrowotne żołnierza zostały szybko zdiagnozowane i wdrożone zostało efektywne leczenie, tak aby żołnierza jak najszybciej przywrócić do szyku, zderza się z nieefektywnym, dysfunkcyjnym systemem opieki zdrowotnej.

Ale przecież Siły Zbrojne posiadają własną, wojskową służbę zdrowia. Dlaczego więc wybierają czy też są zmuszone do korzystania z cywilnej służby zdrowia?

O sprawności i efektywności działania każdej organizacji decyduje właściwa struktura organizacyjna, ludzie, sprzęt/infrastruktura oraz procedury działania. Jak to obecnie wygląda w wojsku?

Zacznijmy od szpitali wojskowych. Aktualnie funkcjonuje kilkanaście szpitali, które w swojej nazwie mają przymiotnik wojskowych, kilkadziesiąt przychodni, a nawet cztery sanatoria.

Teoretycznie więc dostęp do opieki medycznej w tym do szpitali klinicznych powinien być ułatwiony. Nic bardziej mylnego. Wszystkie te placówki medyczne funkcjonują w powszechnym systemie opieki zdrowotnej, a żołnierze nie mają z tego faktu żadnych przywilejów czy ułatwień. Co więcej, Minister Obrony Narodowej jest organem tworzącym te placówki i ponosi część kosztów ich funkcjonowania. Absolutnie rzeczą właściwą jest egalitaryzm w dostępie do opieki medycznej. Niemniej we wszystkich krajach NATO realizacja egalitaryzmu w dostępie do opieki zdrowotnej jest umiejętnie łączona z priorytetem udzielania pomocy żołnierzom w wojskowych placówkach medycznych. Nasuwa się więc chyba zasadne pytanie nad zasadnością utrzymywania tych szpitali. W projekcji powyższych uwarunkowań wypowiedź Ministra Obrony Narodowej w brzmieniu: **Nowy szpital w Legionowie będzie filią Wojskowego Instytutu Medycznego. Będzie oczywiście służył nie tylko Wojsku Polskiemu, ale także wszystkim mieszkańcom – powiedział Mariusz Błaszczak,**

minister obrony narodowej podczas podpisania umowy, która będzie podstawą do budowy szpitala w Legionowie. Prawda jest taka, że będzie tak samo i na tych samych zasadach służył żołnierzom jak i cywilom. Czyli argumentacja nie trafiona. A może budowa tego szpitala ma związek z okręgiem wyborczym nr 20, z którego w wyborach do Sejmu startuje, i tu zaskoczenie, aktualny Minister Obrony Narodowej. Klasyk by zapytał – przypadek? W wojskowych szpitalach funkcjonuje również trudne do zrozumienia zjawisko polegające na tym, że lekarze wojskowi tam zatrudnieni nie otrzymują uposażenia z MON, a opłacani są przez szpital z pieniędzy wypracowanych z kontraktu z NFZ. Jak jest więc ich status?

Oprócz „wojskowych” szpitali i przychodni w Siłach Zbrojnych funkcjonują jednostki i pododdziały medyczne, które z racji swoich zadań powinny udzielać świadczeń zdrowotnych. Czy tak się dzieje? Wielokrotne i nieprzemyślane zmiany prawy, szczególnie w ustawie o działalności leczniczej doprowadziły do sytuacji, że funkcjonujące w jednostkach wojskowych ambulatoria i ambulatoria z izbami chorych zostały zmuszone do zaprzestania udzielania świadczeń. Chodziło o jeden, niewinny zapis, że podmiotami leczniczymi mogą być jednostki budżetowe, a ZT przestały takim być. Jednostkami budżetowymi pozostały jedynie wojskowe oddziały gospodarcze i jedynie tam zaczęto udzielać świadczeń zdrowotnych. Oczywiście tylko w godzinach pracy WOG i w większości w oparciu o cywilny personel lekarski. Lokalizacja WOG-ów, ich godziny pracy czy zakres udzielanych świadczeń nie zapewniał i nadal nie zapewnia właściwego zabezpieczenia medycznego personelu jednostek wojskowych. Szczególnie odczuwalny jest brak ambulatoriów z izbami chorych. Aktualnie chory żołnierz, który nie kwalifikuje się do hospitalizacji, nie mieszka w miejscu pełnienia służby i nie ma rodziny czy osób bliskich pozbawiony jest na czas choroby jakiegokolwiek nadzoru czy opieki. Po koniec roku 2016 sytuacja prawna uległa diametralnej zmianie. W ustawie pojawił się zapis, że jednostki wojskowe są podmiotami leczniczymi bez warunku bycia jednostką budżetową. Otwierało to drzwi do reaktywacji udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach wojskowych w ambulatoriach czy ambulatoriach z izbami chorych. Czy tak się stało? Dociekliwym pozostawiam sprawę do wyjaśnienia.

W Siłach Zbrojnych nadal brakuje kilkuset lekarzy. Zwiększony nabór na studia wojskowo – lekarskie może przynieść minimalizację tego problemu ale dopiero za kilka lat. Należytej interpretacji powinien doczekać się fakt, że praktycznie wszyscy tegorocznicy wojskowi lekarze, po zakończeniu stażu występowali i zostali skierowani

nie do jednostek liniowych (medycyna pola walki) ale do jednostek podległych Inspektoratowi Wsparcia. Tam w spokoju, bez konieczności udziału w poligonach czy uczestniczeniu w misjach poza granicami kraju będą mogli kontynuować kształcenie w ramach specjalizacji. Przepisy są dla nich bardzo łaskawe. Specjalizując się mają przyznane 3 dni wolnego w tygodniu. MON ponosi koszty osobowe i rzeczowe kształcąc przyszłych lekarzy, którzy po uzyskaniu dyplomu mogą dalej się kształcić na koszt MON przez kolejne 5-6 lat. Przez ten czas tylko przez 2 dni w tygodniu mogą zabezpieczać medycznie jednostkę wojskową. Specjalizacje. Kolejna interesująca kwestia związana z budowaniem zdolności medycznych systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych. Od wielu lat podejmowane były próby wydania stosownego rozporządzenia MON w sprawie specjalizacji priorytetowych, o szczególnym znaczeniu dla Sił Zbrojnych. Istotną funkcjonowania wojskowych placówek medycznych jest posiadanie na czas wojny czy misji zagranicznych zdolności zabiegowych. Stąd krytycznym elementem był zawsze personel lekarski o kwalifikacjach chirurga, ortopedy, anestezjologa czy lekarza medycyny ratunkowej. Niewydanie tego rozporządzenia skutkuje, że wojskowy lekarz wybiera sobie dowolną, najczęściej najbardziej pożądaną i dochodową na rynku cywilnym specjalizację. Dla wytrwałych pytanie – ilu mamy aktualnie w jednostkach i pododdziałach medycznych, które posiadają w strukturze elementy zabiegowe chirurgów, ortopedów czy anestezjologów? Oczywiście proszę nie liczyć tych, którzy pracują w szpitalach wojskowych. Dla znudzonych ciągłymi pytaniami odpowiem, że wystarczy palców dwóch rąk, a nie pomyłę się jeśli napiszę jednej. Kolejnym ciekawym wątkiem specjalizacji lekarzy jest kwestia czy po jej zakończeniu będą nadal chcieli być lekarzami wojskowymi. Przypominam, specjalizacje robią taka jak im się podoba, nikt nie może im narzucić kierunku dalszego kształcenia. Po 5-6 latach są specjalistami, poszukiwanymi na rynku cywilnym, z możliwością zarobkowania dużo wyższym niż uposażenie wojskowe. Po 6 latach studiów i 5-6 latach specjalizacji lekarz wojskowy ma 12 lat wysługi. Aby otrzymać emeryturę musi posiadać 25 letnią wysługę ale i tak emeryturę otrzyma dopiero jak ukończy 55 lat. Nie ma żadnej kotwicy, która nakazywałaby wojskowemu lekarzowi, specjaliście odpracować na rzecz Sił Zbrojnych kosztownego 12 letniego kształcenia. Wbrew założeniom, pomimo zwiększonego kształcenia ilość poświadczonych lekarzy specjalistów wcale nie musi przybywać.

Sprawa technik medycznej. Można go ocenić przez stan podstawowego elementu jakim są pojazdy sanitarne. Na kilkaset sanitarek 1/3 uległa degeneracji technicznej i utraciła cechy użytkowe. Oprócz KTO WEM w ZT dokonują żywota gąsienicowe pojazdy sanitarne. Główną zasadą w zabezpieczeniu medycznym pola walki jest to aby pojazd zabezpieczający miał taką samą dzielność terenową i techniczną jak pojazdy przez niego zabezpieczane. Logiczne. Nie jest ewenementem, że bataliony pancerne zabezpieczane są przez sanitarki kołowe i do tego nieopancerzone.

I na koniec. Dlaczego więc, pomimo dysfunkcyjnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce i de facto nieistniejącego w Siłach Zbrojnych nikt nie podnosi larum, złowieszcze werble nie grają?

Odpowiedź, pomimo złożoności problemu jest zdumiewająco prosta. Po pierwsze, nawet ci widzą i doświadczają dysfunkcji systemowej wojskowej służby zdrowia, aby mieć święty spokój i nie narazić się władzy adoptują zasady trzech małp – nic nie widzieć, nic nie słyszeć, nic nie mówić. Konfucjuszowska zasad udanego życia. Dotyczy ona jednak tylko szczególnych sytuacji i nie ma charakteru uniwersalnego. Po drugie, personel wojskowy Sił Zbrojnych to kohorta najbardziej zdrowej części społeczeństwa. Każdy kandydat na żołnierza jest drobiazgowo badany na komisjach wojskowo – lekarskich, w trakcie badań okresowych ale również w przypadku długotrwałego zwolnienia lekarskiego jego przełożony również ma obowiązek skierować go na komisje celem ustalenia stanu jego zdrowia w projekcji dalszej służby wojskowej. Nie ma więc osób z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnymi czy wymagających opieki geriatrycznej. A więc żołnierze jako zbiorowość najmniej korzystająca z opieki zdrowotnej nie odczuwa w sposób znaczący dysfunkcji systemu. No chyba, że musi oczekiwać na udzielenie doraźnej pomocy na SOR kilkanaście godzin.

W czasie pokoju wojsko ma minimalistyczne oczekiwania od służby zdrowia. Sytuacja zmienia się w czasie wojny do której wojsko ma się przygotowywać. Jeśli cywilna służba zdrowia, która ma jasno określone zadania preparatywne na czas wojny będzie w stanie zapaści i nie lepiej będzie w wojskowej, polowej służbie zdrowia zamiast przywracać rannych do służby będziemy mieli do czynienia z żołnierzami jednorazowego użytku.



| PUBLIKACJE

Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.
Celem uzyskania licencji na cytowanie artykułu we fragmentach lub publikacji całości prosimy o kontakt:
publikacje@stratpoints.eu

www.stratpoints.eu