

# O ORGANIZACYJNYCH EKSPERYMENTACH WOKÓŁ WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA



## MIĘDZY REORGANIZACJĄ A BUDOWĄ ZDOLNOŚCI. ANATOMIA ZMIAN.

autor: płk rez. Marcin Buszko

Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints.

Ostatnio nastąpiło znaczące wzmoczenie związane z działaniami mającymi budować zdolności wojskowej służby zdrowia. Nastąpił wysyp szeregu inicjatyw i zamysłów, dedykowanych w przeróżnych formach zarówno dla podmiotów cywilnych, ale również i wojskowych. Jedną rzecz, która wyróżnia i łączy te wzmoczenie jest niekoherentność i brak wpisania tych działań w jeden spójny plan przygotowań do działań obronnych i reagowania kryzysowego.

Nie zabrakło również poczynań o charakterze zamiarów organizacyjnych mających w swych założeniach budować zdolności wojskowej służby zdrowia. I co ważne, wszystkie przedstawiane propozycje zmian organizacyjnych i funkcjonalnych w obszarze wojskowej służby zdrowia koncentrują się niemal wyłącznie na strukturach zlokalizowanych w strefie tylnej, pozostającej poza bezpośrednim rejonem prowadzenia walki. Podejmowanie działań reformowania struktur administracyjnych, nadzorczych i instytucjonalnych, podczas gdy całkowicie pominięto zasadniczy komponent systemu – pododdziały medyczne w związkach taktycznych realizujących zadania w najtrudniejszej fazie działań bojowych. Takie podejście stanowi bezdyskusyjny błąd systemowy jak i lukę koncepcyjną potwierdzającą niedostateczne zrozumienie przez autorów projektów dynamiki walki i rzeczywistych uwarunkowań ratowania życia w warunkach bojowych. Reforma, która nie dotyczy pierwszej linii, nie jest reformą zdolności – jest reorganizacją administracyjną, a ona nie zastąpi kompetencji operacyjnych.

Warto jest przyjrzeć się tym inicjatywom, nie w projekcji budujących morale nazw i haseł budujących wrażenie przełomu, ale faktycznych zdolności lub horyzoncie czasowym, w jakim te zdolności mogłyby być lub zostaną zbudowane.

### **Dekady erozji zdolności - system, który się kurczył.**

Wojskowa służba zdrowia od kilkadziesiąt lat (sic!), przy aktywnym zaangażowaniu decydentów wojskowych i polityków (choć w ostatnich latach różnica między nimi wyraźnie ulega zatarciu), traciła zarówno kompetencje, zdolności jak i personel medyczny, osiągając kompromitującą bezsilność i bezradność zarówno w realizacji bieżących świadczeń zdrowotnych w jednostkach wojskowych czy profesjonalnego zabezpieczenia medycznego operacji poza granicami państwa.

Dopiero wojna w Ukrainie wymusiła dokonania oceny zdolności sił zbrojnych. Dokonana kwerenda stanu zasobów i zdolności do zabezpieczenia medycznego działań zbrojnych, aczkolwiek nieogłoszona i niepubliczna, pociągnęła za sobą proklamację

szeregu propozycji i inicjatyw działań naprawczych i zmian systemowych, które oprócz zakładanych efektów utylitarnych miały również nieść efekt propagandowy i budujący morale. Wątpliwości, co do jakości procesu decyzyjnego budzi jednak fakt, że implementacja szeregu rozwiązań została przeprowadzona z pominięciem formalnego procesu planowania i programowania rozwoju SZ, który powinien stanowić podstawowy mechanizm zapewniający spójność, hierarchizację priorytetów oraz racjonalność alokacji zasobów.

Co może i ciekawić i zdumiewać to fakt, że zgłaszane projekty reorganizacji wojskowej służby zdrowia forsowane były z ośrodków, które nigdy nie miały żadnych udokumentowanych oraz zweryfikowanych kompetencji w tym obszarze.

Działania lobbingowe w forsowaniu czy wręcz przymuszaniu do ich implementacji bez możliwości zapoznania się z istotą tych propozycji pozwala na wyzwaniu się obaw, co do prawdziwej intencji tych propozycji, a przede wszystkim, co do ich zasadności.

### **Legislacyjna historia projektu „wojsk medycznych” – koncepcja bez treści.**

Zacznijmy, więc od przeglądu uzdrawiających propozycji zmian organizacyjnych wojskowej służby zdrowia. Sztandarową koncepcją uzdrawiającą, a nawet definiowaną wręcz, jako wizja ocalenia i na nowo zbudowania zdolności wojskowej służby zdrowia, stała się rozpropagowana i poddana agresywnym działaniom marketingowym koncepcja utworzenia odrębnego komponentu określanego zamiennie „Wojska Medyczne, Dowództwo Medyczne, Komponent Medyczny, Dowództwo Komponentu Medycznego”.

Tak jak na początku kampanii popularyzującej powołanie tego podmiotu tak i teraz niewiele wiadomo o tym projekcie. Wiadomo jednak dokładnie jak ten projekt był forsowany, a historia legislacyjna projektów jest pouczająca.

W dniu 16.08.2023 r. został nadany nr 3605 dla druku sejmowego prezydenckiego projektu ustawy o działaniach organów władzy państwowej na wypadek zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa. W projekcie tym zapisano, że w art. 33 ustawy o urzędzie Ministra ON wprowadza się zapis stanowiący, że Ministrowi ON podlega min. Dowódca Komponentu Wojsk Medycznych. Co ciekawe, proponuje się również w ustawie o obronie Ojczyzny w art. 44 zapisy o utworzeniu Dowództwa Połączonych Rodzajów Sił Zbrojnych (WL, SP, MW, WOT), ale z wyłączeniem Wojsk Specjalnych i Wojsk Medycznych. Projekt został potraktowany adekwatnie do swojej zawartości, – czyli z dużą dozą powściągliwego milczenia.

Kolejny prezydencki projekt ustawy z dnia 02.05.2024r. (druk 405) o działaniach organów władzy państwowej na wypadek zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa, w art. 40 dokonuje zapisów w ustawie o urzędzie Ministra ON stanowiący tym razem, że Dowódca Komponentu Wojsk Medycznych podlega Szefowi Sztabu Generalnego, a w art. 49 ustawy o obronie Ojczyzny wprowadzane są zapisy o Dowództwie Sił Połączonych, któremu podlegają wszystkie rodzaje wojsk, również Wojska Specjalne. Warty odnotowania jest fakt, że na 412 głosujących posłów, za wnioskiem o przystąpienie do drugiego czytania projektu przeciw zagłosowało 399, w tym 162 posłów PIS, a to ciągle był rok 2024. Wzmiankowany projekt to był zdecydowanie odważny eksperyment polegający na sprawdzeniu czy forma może całkowicie zastąpić merytorykę i kompetencje.

Inicjatorzy tego pomysłu mają jednak znaczącą siłę oddziaływania i szybko się nie zniechęcają. Już 30.09.2024r. pojawia się kolejny projekt ustawy o zmianie ustawy o obronie Ojczyzny oraz niektórych innych ustaw, w którym tworzy się Wojska Medyczne, jako specjalistyczny komponent Sił Zbrojnych w zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk oraz ustanawia się (art.23a) Dowódcę Komponentu Medycznego, który wykonuje swoje zadania przy pomocy Dowództwa Komponentu Wojsk Medycznych. Po raz kolejny następuje próba podporządkowania tej formacji pod Ministra ON. Co ciekawe, w tym samym artykule pojawia się zapis, że Minister Obrony Narodowej określi, w drodze zarządzenia niepodlegającego ogłoszeniu, szczegółowy zakres działania, siedzibę i strukturę organizacyjną Dowództwa Komponentu Wojsk Medycznych oraz jednostek bezpośrednio podporządkowanych, strukturę komórek organizacyjnych w rodzajach i dowództwach Sił Zbrojnych współpracujących z Dowództwem Komponentu Wojsk Medycznych oraz zakres działania w obszarze zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych. Zapisy w projekcie tej ustawy były tak przełomowe, że postanowiono nie narażać rzeczywistości na zderzenie z nimi.

Nieudane próby ustawowego ukonstytuowania Dowództwa Komponentu Wojsk Medycznych prowadzą do kolejnego projektu, tym razem z dnia 13.05.2025r. ustawy o zmianie ustawy o obronie Ojczyzny oraz o zmianie niektórych innych ustaw, w którym po Dziale V dodaje się Dział Va. Wojskowa Służba Zdrowia. W art.52.2. projektu zapisano, że Minister Obrony Narodowej określi w drodze zarządzenia niepodlegającego ogłoszeniu, szczegółową organizację, zadania zabezpieczenia medycznego wojsk na poszczególnych poziomach zabezpieczenia medycznego wojsk oraz sposób realizacji tych zadań. Również ten

projekt nie dokonał przełomu, a pośpiech z jakim jest procedowany może świadczyć, że to właśnie jest jego docelowy etap realizacji i nie zagrozi nikomu swoją materializacją.

## **Dowództwo bez ustawy**

Żaden z tych zgłoszonych projektów aktów prawnych nie odnotował sukcesu zaistnienia, jako obowiązujące akty prawne, ze skutkami z nich wynikającymi. Nie przeszkodziło to jednak Ministrowi ON w dniu 15 września 2025r. powołania w Krakowie Dowództwa Wojsk Medycznych. I tak powstało Dowództwo Medyczne, którego organizacja, kompetencje i cele pozostają bardziej deklaratywne niż zdefiniowane operacyjnie. Dodatkowe wątpliwości budzi sama nazwa „Dowództwo Medyczne”. W polskim systemie obronnym pojęcie „dowództwo” ma określone znaczenie organizacyjne i funkcjonalne. Odnosi się do struktur ustawowo umocowanych i równorzędnych wobec kluczowych komponentów Sił Zbrojnych, takich jak Dowództwo Generalne RSZ, Dowództwo Operacyjne RSZ czy Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej. Użycie tej samej formuły nazewniczej wobec struktury, której pozycja ustrojowa nie została jednoznacznie określona w ustawie, może wprowadzać w błąd, co do jej rangi, kompetencji oraz relacji wobec innych dowództw. Powstaje wrażenie kreowania równorzędności poprzez samą terminologię, bez analogicznego umocowania normatywnego. Z perspektywy systemowej pojawia się pytanie, czy jest to świadomy zabieg mający nadać nowej strukturze ciężar i prestiż właściwy dowództwom rodzajów wojsk sił zbrojnych, czy też efekt niedostatecznej refleksji nad konsekwencjami prawnymi i organizacyjnymi przyjętej nomenklatury. W państwie prawa nazwa struktury nie jest wyłącznie kwestią semantyki – determinuje, bowiem oczekiwania, co do zakresu władztwa, odpowiedzialności i podporządkowania. Jeśli zatem forma wyprzedza treść, powstaje pytanie, czy mamy do czynienia z przemyślaną konstrukcją systemową, czy raczej z organizacyjną improwizacją.

I tutaj pojawia się miejsce na małą dygresję. Powołanie Dowództwa Wojsk Medycznych bez jednoznacznej podstawy ustawowej, przy jednoczesnym projektowaniu przepisu, który dopiero przewiduje wydanie zarządzenia regulującego organizację i zadania wojskowej służby zdrowia, tworzy wrażenie odwrócenia konstytucyjnej logiki działania państwa. Zamiast najpierw określić ramy prawne, a następnie w ich granicach budować strukturę, zastosowano model odwrotny: najpierw decyzja organizacyjna, potem próba jej normatywnego uporządkowania. To podejście może budzić wątpliwości w kontekście zasady

legalizmu, zgodnie z którą organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa – a nie w oczekiwaniu, że prawo zostanie dostosowane do wcześniej podjętych działań.

Trudno nie odnieść wrażenia, że w tym przypadku prawo potraktowano jako narzędzie wtórne wobec decyzji politycznej, a nie jako jej punkt wyjścia. Taka praktyka – nawet, jeśli motywowana względami organizacyjnymi – może sugerować znaczną swobodę w interpretowaniu momentu, w którym podstawa prawna jest „wystarczająca”. W efekcie powstaje proces, w którym standard tworzenia struktur wojskowych staje się zależny nie od jednoznacznych regulacji, lecz od bieżącej potrzeby. A to już nie jest kwestia sprawności, lecz jakości państwa prawa.

Należy zwrócić również uwagę na zapisy w przytoczonych projektach ustaw, w których pisze się, że Minister ON w drodze zarządzenia niepodlegającego ogłoszeniu, określi szczegółową organizację, zadania zabezpieczenia medycznego wojsk na poszczególnych poziomach zabezpieczenia medycznego wojsk oraz sposób realizacji tych zadań. „Niepodlegające ogłoszeniu” to nie to samo, co „niejawne”, więc teoretycznie o treści tego zarządzenia będzie można wystąpić w trybie dostępu do informacji publicznej. Taki zapis to swoista innowacja leksykalna w formule krypto jawnej informacji. Zastanawiająca może być taka próba sztucznego ograniczenia przejrzystości, a tym samym kierowania bardziej precyzyjnych zapytań czy śledzić konkretne rozwiązania zarówno dotyczące organizacji jak i etapów osiągnięcia czy budowania zdolności. Należy również dodać, że zgłoszone projekty ustaw nie były wsparte oceną skutków regulacji, co należy uznać za naruszenie standardów legislacyjnych.

## **Znaczenie spójności normatywnej**

Przywołane informacje dowodzą, że w przeszłości, chociaż starano się podejmować próby ustawowego powołania Dowództwa Wojsk Medycznych. Aktualne decyzje Ministra Obrony Narodowej wskazują, że procedowanie ustawowe zostało uznane za zbędną przeszkodę – dowództwo powołano w trybie pozaparlamentarnym, a także ponownie, bez przedstawienia szczegółowych założeń organizacyjnych i merytorycznych. W efekcie mamy do czynienia z konstrukcją o charakterze deklaracyjnym, powołaną w trybie polityczno-decyzyjnym, w formule prowizorycznej, bo bez podstaw ustawowych i braku precyzyjnego określenia kompetencji i struktury organizacyjnej. A brak określenia zasad współdziałania z innymi dowództwami oraz systemowego wpływu na zabezpieczenie medyczne i medyczną

gotowość bojową związków taktycznych budzi poważne obawy, co do skuteczności tego rozwiązania. Może to oznaczać, że nowe dowództwo będzie funkcjonować w swoistej „próżni normatywnej”, funkcjonujący bardziej w sferze PR niż realnych działań operacyjnych. W warunkach zagrożenia państwa taki brak klarowności nie jest wyłącznie problemem administracyjnym – staje się realnym zagrożeniem operacyjnym, którego konsekwencją będzie chaos decyzyjny i utrata ciągłości zabezpieczenia medycznego.

## **Problem, którego nie rozwiąże żadna reorganizacja**

Bezparadonowe forsowanie rozwiązań organizacyjnych niekoniecznie jest patentem na sukces. Utworzenie Dowództwa Medycznego może napotkać zasadniczy problem jaki stanowi deficyt kompetencyjny i kadrowy. W kraju nie istnieje merytorycznie przygotowany zasób kadrowy jak również nie funkcjonuje żaden system instytucjonalnego przygotowania specjalistów (o wymogu certyfikacji nie wspominając) w takich obszarach jak dowodzenie medyczne, medyczne planowanie operacyjne, rozpoznanie medyczne, logistyka medyczna czy organizacja/zarządzanie zintegrowanym systemem ewakuacji medycznej (MEDPLAN, MEDOPS, MEDINT, LOGMED, C4I, czy PECC). Bez równoległego uruchomienia systemu szkolenia i certyfikacji istnieje ryzyko, że Dowództwo „osiągnie” formalną gotowość przed uzyskaniem rzeczywistej zdolności wykonawczej.

## **Implikacje operacyjne**

W praktyce oznaczać to będzie, że nowa struktura będzie musiała opierać się albo na osobach z minimalnym doświadczeniem w tych obszarach, albo na kadrach dopiero uczących się swoich ról „w biegu”. Tymczasem przygotowanie kompetentnego personelu w tak wyspecjalizowanych dziedzinach wymaga lat szkolenia, ćwiczeń i realnych doświadczeń operacyjnych – nie zaś samego aktu organizacyjnego i masowych rozkazach personalnych. Można oczywiście przyjąć założenie, że struktura sama wytworzy kompetencje. Historia organizacji wojskowych pokazuje jednak, że częściej to kompetencje tworzą strukturę – nie odwrotnie. W przeciwnym razie powstaje ryzyko, że zamiast realnej zdolności do zabezpieczenia medycznego działań zbrojnych otrzymamy strukturę formalną, która będzie uczyć się swojej funkcji dopiero w sytuacji kryzysowej. A to eksperyment, którego koszt może być wyjątkowo wysoki.

Profesjonalizm w planowaniu i dowodzeniu nie jest kategorią wizerunkową ani ambicjonalną – w działaniach zbrojnych przekłada się bezpośrednio na życie i zdrowie

żołnierzy. Trafnie oddaje to często przywoływana wypowiedź jednego z brytyjskich generałów skierowana do dowództwa wojskowego: „Przygotowaliście plan operacji wojskowej. Ten plan będzie skutkował ofiarami – naszych wrogów, jeśli będzie dobry albo naszych żołnierzy, jeśli będzie zły”. Tę wypowiedź można sparafrazować w odniesieniu do właściwie przygotowanych planów zabezpieczenia medycznego: „Wasze planowanie działań będzie skutkować ofiarami niewielkimi, jeśli wasze plany będą dobre i bardzo dużymi, jeśli będą złe. Ale w każdym przypadku będą dotyczyć naszych żołnierzy”.

To zdanie w sposób brutalnie prosty pokazuje istotę odpowiedzialności dowódcy medycznego. Każdy plan operacji generuje konsekwencje. Różnica polega wyłącznie na tym, kto poniesie ich ciężar. Dokładnie ta sama logika dotyczy planu zabezpieczenia medycznego. Plan zabezpieczenia medycznego nie jest rekcją na plan operacyjny. Jest jego integralną częścią. Jeśli plan zabezpieczenia jest przygotowany przez doświadczonych profesjonalistów – ogranicza straty własne i utrzymuje zdolność bojową. Jeżeli jest przygotowany przez adeptów „przyzakładówki”, bez właściwego przygotowania merytorycznego i doświadczenia – konsekwencje są równie realne jak w przypadku źle zaplanowanego manewru taktycznego. Dlatego dowodzenie medyczne nie może być obszarem eksperymentu organizacyjnego ani stanowiskiem „do nauczenia się w trakcie”. Kompetentni, merytorycznie przygotowani dowódcy medyczni i planiści to nie kwestia prestiżu struktury, lecz element systemu, który bezpośrednio decyduje o przeżywalności żołnierzy. W operacjach wojskowych nie istnieje pojęcie „neutralnego błędu”: Każdy błąd ma adresata. Profesjonalizm w dowodzeniu i planowaniu zabezpieczenia medycznego jest więc nie dodatkiem do zdolności bojowych ale jednym z ich fundamentów.

## **Wnioski**

Analiza obecnych kierunków zmian wskazuje na rosnącą dysproporcję między dynamiką tworzenia struktur a tempem budowy kompetencji. Z punktu widzenia zdolności operacyjnych jest to czynnik krytyczny. Można powołać dowództwo decyzją administracyjną, można zmieniać nazwy i podporządkowania, można nawet uchwalić ustawę. Nie da się jednak zadekretować doświadczenia, wiedzy, kompetencji i kultury organizacyjnej. Kompetencje systemowe powstają wolno i wymagają ciągłości instytucjonalnej. Brak synchronizacji tych procesów prowadzi do powstawania struktur o ograniczonej wartości wykonawczej i de facto fasadowej.

W wojskowej służbie zdrowia ostatecznym weryfikatorem skuteczności nie są deklaracje ani modele organizacyjne, lecz mierzalne parametry: liczba wyszkolonych specjalistów, czas reakcji systemu, efektywność ewakuacji, wskaźniki przeżywalności.

Jeżeli proces odbudowy wojskowej służby zdrowia będzie nadal oparty na logice odwróconej – najpierw struktura, potem kompetencje – efekt będzie przewidywalny. Powstanie system formalny, który realną zdolność osiągnie zbyt późno, by odegrać rolę w sytuacji kryzysowej.



## | PUBLIKACJE

Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.

[www.stratpoints.eu](http://www.stratpoints.eu)