



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Wspólne posiedzenie
Komisji Zdrowia (71.)
oraz Komisji Obrony Narodowej (65.)
w dniu 20 maja 2014 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Obrony Narodowej na temat wojskowej służby zdrowia oraz związanego z nią systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr medycznych.

(Początek posiedzenia o godzinie 17 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Komisji Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz)

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dzień dobry, witam państwa.

Otwieram wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia i Komisji Obrony Narodowej.

W porządku obrad dzisiejszego spotkania jest informacja ministra obrony narodowej na temat wojskowej służby zdrowia oraz związanego z nią systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr medycznych.

W dzisiejszym posiedzeniu biorą udział... Serdecznie witam pana Macieja Jankowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej; Panie Ministrze, witam po raz kolejny dzisiaj. Witam pana generała brygady, lekarza Piotra Dziegielewskiego, szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, pana generała brygady Jana Dziedzica, szefa Zarządu Planowania Logistyki – P4 w Sztabie Generalnym Wojska Polskiego, witam pana pułkownika Roberta Słiwę, szefa Oddziału Nadzoru Właścicielskiego w IWSZ, witam panią Annę Zdziarską-Bąk, głównego specjalistę zespołu prac parlamentarnych w Departamencie Prawnym. To byli przedstawiciele Ministerstwa Obrony Narodowej. Ministerstwo Zdrowia jest reprezentowane przez pana Aleksandra Soplńskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia; witam pana ministra serdecznie. W dzisiejszym posiedzeniu bierze udział również pan Zbigniew Teter, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, którego witam serdecznie. Jest również pan Arkadiusz Kossowski, dyrektor Departamentu Służb Mundurowych Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest także pan podpułkownik, lekarz Marek Weselak, pełniący obowiązki szefa oddziału szkolenia... Nie mogę rozszyfrować, ale to już... Witam serdecznie. Witam członków komisji i pana przewodniczącego Komisji Zdrowia.

Szanowni Państwo, żeby nie przedłużać...

Panie Ministrze – te słowa kieruję do pana ministra Jankowskiego – oddaję panu głos. Proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Maciej Jankowski:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panowie Przewodniczący! Wysokie Komisje!

Oczywiście materia, którą Wysokie Komisje dzisiaj się zajmują, jest państwu znana, więc tylko, tytułem przypo-

mnienia, pozwolę sobie wymienić główne obszary funkcjonowania wojskowej służby zdrowia. Są to – obok opieki medycznej w jednostkach wojskowych – określanie grupy ryzyka zdrowotnego w przypadku żołnierzy, osłona epidemiologiczna, czyli sanitarna i weterynaryjna, profilaktyka, wojskowa służba medycyny pracy, opieka nad weteranami, weteranami poszkodowanymi, gromadzenie i utrzymywanie zapasów sprzętu oraz materiałów medycznych, a także pozyskiwanie, kształcenie i utrzymywanie kadry medycznej dla potrzeb wojskowej służby zdrowia.

Jeżeli mielibyśmy określić sposób organizacji wojskowej służby zdrowia, to przede wszystkim powinniśmy zwrócić uwagę na stacjonarną resortową opiekę zdrowotną, która funkcjonuje na podstawie systemu Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia. Jest ona prowadzona w osiemnastu szpitalach podmiotów leczniczych, w tym szesnastu samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej; podmiotem tworzącym jest w ich przypadku minister obrony narodowej. Są to cztery szpitale kliniczne, w Bydgoszczy, Wrocławiu, Krakowie i Lublinie, osiem szpitali wojskowych, w Gdańsku, Elku, Szczecinie itd., cztery szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne oraz trzy instytuty badawcze, w tym dwa, w których strukturach są podmioty lecznicze, czyli szpitale; są to Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie i Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie. Oprócz tego jest Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii.

Po tym krótkim przypomnieniu podstawowego zakresu organizacyjnego wojskowej służby zdrowia chciałbym poprosić Wysokie Komisje o pozwolenie na przedstawienie przez pana generała Piotra Dziegielewskiego, szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, prezentacji, a następnie wszyscy, którzy jesteśmy tutaj obecni, będziemy gotowi do odpowiadania na pytania i ewentualnie do udziału w dyskusji. Tak że, jeżeli można, chciałbym oddać głos panu generałowi.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Tak, oczywiście, Panie Ministrze. Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, Panie Generale.

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Senator i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym zaprezentować państwu informację dotyczącą funkcjonowania wojskowej służby zdrowia, związanego z nią systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr medycznych. Proszę o kolejny slajd, na którym przedstawiamy króciutką agendę. Chciałbym podzielić swoje wystąpienie na dwie części. W pierwszej części będzie krótka informacja dotycząca obecnego potencjału wojskowej służby zdrowia, wyników finansowych podmiotów leczniczych nadzorowanych przez ministra obrony narodowej, realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i sytuacji kadrowej oraz pozyskiwania kadr medycznych; uważamy to za bardzo istotny temat, który chcemy tu państwu przedstawić. W drugiej części wystąpienia – odnosząc się do woli pań senator i panów senatorów – chcielibyśmy położyć szczególny nacisk na problematykę kształcenia oraz doskonalenia zawodowego wojskowych kadr medycznych. W tym przypadku zwracamy uwagę głównie na szkolnictwo, kształcenie i na podnoszenie kwalifikacji, na system pozyskiwania i kształcenia oficerskich kadr medycznych, a także na szkolenia specjalizacyjne.

Proszę o następny slajd. Jeśli chodzi o potencjał wojskowej służby zdrowia – pan minister już to wymieniał – to obecnie jest pięćdziesiąt jeden podmiotów leczniczych; zostały one przedstawione tutaj w poszczególnych grupach z podziałem na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Tylko uzupełnię informację, mówiąc, że służbę w tych szpitalach pełni dzisiaj dwustu czterdziestu dziewięciu żołnierzy zawodowych. Jest osiem szpitali wojskowych, a tylko w trzech z nich pełni dzisiaj służbę dziewięćdziesięciu jeden żołnierzy zawodowych. Zaś w instytutach, Wojskowym Instytucie Medycznym, Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej oraz Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii, służbę pełni dzisiaj dwustu dwudziestu żołnierzy zawodowych.

Na następnym slajdzie pokazujemy informację o obecnym systemie zabezpieczenia medycznego, który dzisiaj jest jeszcze oparty na ośmiu obwodach profilaktyczno-leczniczych. Wiodącymi placówkami – tak jak zaznaczyliśmy na slajdzie – są szpitale wojskowe, których komendanci pełnią jednocześnie funkcje komendantów tychże obwodów. System ten będzie ewoluował w ciągu najbliższych lat zgodnie z założeniami przyjętymi również w kontekście nowego systemu kierowania i dowodzenia w siłach zbrojnych. Slajd przedstawia właśnie podział terytorialny. Za pomocą żółtych linii pokazaliśmy zakresy każdego z ośmiu obwodów. Obwody te są odpowiedzialne za zabezpieczenie bazy łóżkowej wydzielanej przez szpitale cywilne na czas kryzysu i wojny dla potrzeb sił zbrojnych, formowanie jednostek wojskowej służby zdrowia czasu wojny, przeformowanie szpitali w strukturę czasu wojny, militaryzację podległego potencjału na terenie danego obwodu, organizację i zarządzanie potencjałem zabezpieczenia medycznego na obszarze odpowiedzialności oraz utrzymanie i dystrybucję zapasów leków, krwi i jej preparatów. Realizacja tych zadań jest konieczna do właściwego poziomu zabezpieczenia potrzeb sił zbrojnych w czasie wojny i kryzysu.

Bardzo proszę dalej. Panie Senator i Panowie Senatorowie, istotnym wskaźnikiem opisującym samo funkcjonowanie podmiotów leczniczych są wyniki finansowe uzyskiwane przez placówki medyczne. Wykres

przedstawia porównanie wyników osiągniętych przez nasze placówki w latach 2007–2013. Pokazujemy go, żeby zobrazować dynamikę zmian, które zachodzą w tym obszarze. Z analizy sprawozdań finansowych wynika, że na dzień 31 grudnia 2013 r. czterdzieści dwa zakłady wypracowały zysk w wysokości ponad 13 milionów zł, a wszystkie trzy instytuty badawcze mają dodatni wynik finansowy. Porównując te dane z danymi dotyczącymi roku 2012... Wtedy dodatni wynik finansowy – w wysokości ponad 16 milionów zł – wypracowały czterdzieści cztery zakłady i tylko jeden instytut badawczo-rozwojowy. Ujemny wynik finansowy w ubiegłym roku wystąpił w dziesięciu placówkach, ogółem wynosił około 17 milionów zł. Cała strata powstała w placówkach pełniących funkcje samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Porównując tę stratę ze stratą z roku 2012 – żeby można było odnieść się do wskaźników – można powiedzieć, że wówczas dziewięć zakładów wykazywało stratę i strata ta była znacznie większa, bo wyniosła ponad 34 miliony zł. Żeby obraz wyników uzyskiwanych przez podmioty lecznicze był przejrzysty, przedstawiliśmy na slajdzie przekrojowe zestawienie wyników finansowych od roku 2007 – jak powiedziałem – do chwili obecnej. Biorąc pod uwagę te wyniki, należy stwierdzić, że wystąpiło nieznaczne pogorszenie sytuacji finansowej; spowodowane było ono dużą stratą finansową, bo wynoszącą ponad 8,5 miliona zł, która powstała w jednym tylko podmiocie, w 4 szpitalu wojskowym we Wrocławiu. Natomiast jeśli chodzi o sytuację ekonomiczną instytutów badawczych, to ich sytuacja znacznie się poprawiła. Mówiąc o stratach poniesionych w ciągu roku, należy wymienić kolejno: wspomniany już przeze mnie 4 szpital wojskowy we Wrocławiu, w przypadku którego strata wyniosła 8,5 miliona zł i była największą zanotowaną stratą, jeśli chodzi o podmioty, w dalszej kolejności 108 szpital wojskowy w Elku, w przypadku którego strata wyniosła 3 miliony zł, 105 szpital wojskowy w Żarach, w przypadku którego strata wyniosła 2,2 miliona zł, 7 szpital Marynarki Wojennej, w przypadku którego strata wyniosła 1 milion 700 tysięcy zł, 109 szpital wojskowy w Szczecinie, w przypadku którego strata wynosiła 900 tysięcy zł, 107 szpital wojskowy w Wałczu; strata wyniosła około 500 tysięcy zł. Pozostałe wymienione trzy zakłady to wojskowe specjalistyczne przychodnie lekarskie; w przypadku tych placówek strata osiągnęła wysokość około 500 tysięcy zł.

Na tym slajdzie szczegółowo przedstawiamy wyniki w konkretnych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i instytutach badawczych w latach 2012–2013. Zaakcentowaliśmy także te, które miały ujemny wynik w roku 2012 i w roku poprzednim. W przypadku wojskowych specjalistycznych przychodni lekarskich na tym slajdzie podano łączną stratę, o której już mówiłem.

W tym miejscu należy podkreślić, że dobre wyniki finansowe, a także ograniczenie strat w bieżącej działalności wynikają z niezwykle ciężkiej pracy zarówno zespołów kierujących placówkami, jak i samej kadry oraz pracowników wszystkich podmiotów leczniczych. Kilka placówek podjęło wysiłek realizacji programów naprawczych, które w ciągu ostatnich dwóch lat przyniosły dobre wyniki; należy tu wskazać szczególnie na 5 szpital wojskowy w Krakowie, który przez ostatnie dwa lata ma dodatni wynik finansowy,

a w poprzednim okresie, przed 2012 r., notował tylko straty. Program naprawczy zaowocował dobrym wynikiem finansowym również w przypadku 109 szpitala wojskowego w Szczecinie, a także 108 szpitala wojskowego w Ełku, w których strata systematycznie się zmniejsza. Podmioty te mają bardzo trudną sytuację finansową i dzięki bardzo dużemu zaangażowaniu pracowników i kierownictwa systematycznie poprawiają swoją kondycję finansową.

Poproszę następną slajd. Otóż kondycja finansowa jest związana przede wszystkim z realizacją kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na koniec 2013 r. nasze publiczne zakłady opieki zdrowotnej miały zawarte kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na łączną kwotę ponad 891 milionów zł. Wartość wykonanych świadczeń wyniosła 892 miliony zł. Oznacza to, że w omawianym okresie kontrakt został wykonany z niewielkim przekroczeniem 100%. Szanowni Państwo, wyszczególniliśmy... Również w materiałach, które postanowiliśmy sobie przelać, znajdują się dane finansowe dotyczące poszczególnych obszarów, jeśli chodzi o kontraktowanie wszystkich naszych podmiotów.

Poproszę następną slajd. Oczywiście jest, że nie tylko odpowiednie środki finansowe zapewniane przez resort obrony narodowej jego podmiotom, ale także realizacja szeregu innych zadań wojskowej służby zdrowia ma wpływ na stabilną możliwość rozwoju i wykonywanie zadań nakładanych na wojskową służbę zdrowia. Struktura budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej przeznaczonego na realizację głównych zadań wojskowej służby zdrowia na rok 2014 przedstawia się następująco – na slajdzie została ona rozgraniczona na trzy grupy – na dotacje dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i instytutów badawczych w ramach centralnych planów rzeczowych przeznaczono kwotę ponad 128 milionów zł, na zakupy dla sił zbrojnych w ramach centralnych planów rzeczowych kwotę ponad 67 milionów zł, a na pozostałe zadania realizowane na potrzeby resortu obrony narodowej kwotę ponad 96 milionów zł. Wobec tego, jak widać na slajdzie, ogólna kwota w budżecie zarezerwowana na potrzeby wojskowej służby zdrowia to ponad 292 miliony zł.

Poproszę następną slajd. W tabeli zostały ujęte główne zadania wojskowej służby zdrowia, bez informacji dotyczących bieżącego funkcjonowania. Finansowane są one przez resort obrony narodowej w następujących obszarach... Wskazujemy szczególnie na zakup sprzętu medycznego, wyrobów medycznych; planowane są wydatki na kwotę ponad 7 milionów zł. Szacuje się, że na pozostałe zadania zostanie wydana kwota blisko 97 milionów zł. Pragnę zwrócić uwagę szanownych państwa na zadania, które są wymienione poza potrzebami resortu obrony narodowej. Są to świadczenia zdrowotne dla osób poszkodowanych w misjach; kwota na te świadczenia – na tym slajdzie porównujemy trzy kolejne lata: 2012, 2013 i rok bieżący – wzrosła do 642 tysięcy zł. Kwota na turnusy profilaktyczno-lecznicze z treningiem stresowym dla powracających z misji w 2012 r. i 2013 r. wynosiła ponad 4 miliony zł, w tym roku planowane jest wydatkowanie 6 milionów zł. Kwota na profilaktyczne programy zdrowotne wzrosła do ponad 14 milionów zł. Środki na prace badawczo-rozwojowe na potrzeby wojskowej służby zdrowia to również blisko

15 milionów zł. Kwota na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne – będę o tym jeszcze dzisiaj mówił – wzrosła do blisko 2,5 miliona zł. Kwota zarezerwowana na świadczenia stomatologiczne dla wybranych grup zawodowych to 3 miliony 600 tysięcy zł. Ponadto na slajdzie wyszczególniono również dofinansowanie na potrzeby Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a także działalności Wojskowej Izby Lekarskiej.

Dotacje celowe udzielane przez resort w ramach centralnych planów rzeczowych stanowią wsparcie finansowe dla podmiotów leczniczych, a ich głównym celem jest dostosowanie zakładów do wymogów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Nakłady resortu w zakresie planów modernizacji technicznej utrzymują się w zasadzie na porównywalnym poziomie, średnio około 50 milionów zł rocznie. Nakłady na inwestycje budowlane do 2013 r. systematycznie wzrastały. Od 2011 r. do roku bieżącego w planie modernizacji technicznej resort zabezpieczył kwotę łącznie blisko 211 milionów zł, a w centralnym planie inwestycji budowlanych resortu obronny kwotę blisko 300 milionów zł. Na slajdzie przedstawiamy szczegółowe wydatki w ramach poszczególnych planów w kolejnych latach; to również znajduje się w materiałach przeznaczonych dla państwa.

Wspomniane już dotacje w ramach planu inwestycji budowlanych resortu obrony narodowej są dla podmiotów resortowych bardzo istotnym wsparciem, jeśli chodzi o rozwój zakładu, ponieważ dają możliwość poszerzenia bazy leczniczej i diagnostyczno-terapeutycznej. Slajd przedstawia wysokość środków wydzielanych w ramach dotacji na realizację inwestycji budowlanych; chodzi o tak zwane szpitale mundurowe, czyli szpitale, które należą do resortu ministra obrony narodowej, oraz środków dla instytutów badawczych, dla porównania, od 2010 r. do roku bieżącego. Jak wynika z prezentowanych danych dotyczących placówek wiodących w obwodach profilaktyczno-leczniczych, ostatnie dwa lata przyniosły zdecydowaną poprawę finansowania inwestycji. Chciałbym wymienić kilka z nich. Są to na przykład: Wojskowy Instytut Medyczny, w przypadku którego dotacja na budowę bloku przeznaczonego na oddział intensywnej terapii wyniosła blisko 20 milionów zł, koszt modernizacji budynku szpitala Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej wyniósł prawie 3 miliony zł, przebudowa oddziału neurologii i oddziału chirurgii 1 szpitala wojskowego w Lublinie kosztowała ponad 4 miliony zł, koszt rozbudowy budynku 4 szpitala wojskowego we Wrocławiu, na potrzeby zintegrowanego bloku operacyjnego, to ponad 3 miliony zł. W 2013 r. dwadzieścia zakładów realizowało ponad siedemdziesiąt zadań inwestycyjnych na łączną kwotę ponad 100 milionów zł. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej realizują pięćdziesiąt dziewięć zadań na kwotę ponad 66 milionów zł, a instytuty badawcze jednaście zadań na łączną kwotę ponad 34 milionów zł. W 2013 r. zakończono dwadzieścia cztery zadania inwestycyjne. Planuje się, że

w 2014 r., bieżącym, zostaną zrealizowane pięćdziesiąt dwa zadania inwestycyjne na łączną kwotę ponad 79 milionów zł, z czego samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą realizować trzydzieści dziewięć zadań; w tej grupie jest tylko sześć nowych zadań, reszta to kontynuacja. Instytuty badawcze realizują trzynaście zadań, z czego pięć to nowe zadania.

Poproszę następną slajd. Szanowni Państwo, przedstawiane do tej pory informacje o inwestycjach, zakupach, dotacjach finansowych byłyby tylko zbiorem suchych danych, matematycznych i czysto statystycznych, gdyby podstawą tych działań nie byli ludzie. Bowiem, jak powszechnie wiadomo, nowoczesne mury i najdoskonalszy sprzęt medyczny są tylko elementem sukcesu, zaś jego istotą jest tak naprawdę personel medyczny, bo to on jest najważniejszy w procesie leczenia i opieki nad pacjentem.

Panie Senator i Panowie Senatorowie, najtrudniejszym problemem, z jakim boryka się wojskowa służba zdrowia, w dalszym ciągu pozostaje problem liczebności kadr medycznych. W ciągu ostatnich lat systematycznie zmniejszała się liczba pełniących służbę medyków wojskowych. Należy też dodać – pokazuje to również ilustracja na slajdzie – że postępuje także redukcja wolnych stanowisk. W roku 2009 – tak skonstruowaliśmy ten slajd – w przypadku grupy osobowej lekarzy funkcjonowało tysiąc siedemset czterdzieści dziewięć etatów, a w roku 2010 liczba ta spadła do tysiąca sześciuset pięciu, by w roku bieżącym osiągnąć poziom tysiąca dwustu dziewiętnastu etatów, przy czym w 2012 r. w służbie pozostawało ośmiuset piętnastu lekarzy. W roku 2013 nastąpił dalszy ubytek kadry lekarskiej i obecnie w służbie pozostaje siedmiuset czterdziestu ośmiu lekarzy wojskowych. Należy również dodać, że w przypadku tej grupy osobowej ponad połowa lekarzy w mundurach jest zatrudniona w szpitalach wojskowych i instytutach. Ukompletowanie – szczegółowo pokazane również w materiałach – pozostaje na poziomie zbliżonym do 70%, jednak poziom ukompletowania jest tak wysoki dlatego, że jest on porównywany do całkowitej liczby etatów, które systematycznie, jak już wspominałem, są redukowane. W ciągu ostatnich pięciu lat zredukowano ponad siedemset etatów. Oczywiście koreluje to ze zmianami ilościowymi w całych siłach zbrojnych, ale przy ograniczonej liczebności armii chęć zagospodarowania każdego wakat jest naturalna, w związku z czym i one powoli ulegają redukcji. Na slajdzie za pomocą wykresu przedstawiamy obsadzenie etatów w stosunku do liczby stanowisk w poszczególnych latach, aż do roku obecnego.

Jeśli chodzi o kolejny slajd, to analizując sytuację kadrową, należy stwierdzić, że w dalszym ciągu występuje problem odpływu wyszkolonych kadr medycznych i liczba lekarzy wojskowych odchodzących ze służby nadal przewyższa liczbę powołań do służby, choć tendencja do składania wypowiedzeń zmalała. Głównym powodem tego jest po prostu coraz mniejsza pula zasobów kadrowych. W rekordowym 2010 r. złożyło wypowiedzenia stu sześćdziesięciu czterech lekarzy, a w ubiegłym roku wypowiedziało służbę czterdziestu jeden. Do maja bieżącego roku wnioski złożyło dwunastu lekarzy; jak powiedziałem, tendencja jest malejąca, niestety pogłębia ona potrzeby, które nie są kompensowane liczbą powołań do służby. W dwóch

ostatnich latach do służby powołano sześćdziesięciu trzech lekarzy, zaś w roku bieżącym zostanie powołanych tylko siedemnastu lekarzy. Likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej, a także zmiany zachodzące na rynku usług medycznych, możliwość migracji zawodowej, lepsze warunki płacowe na rynku cywilnym to tylko niektóre z najważniejszych przyczyn tego stanu rzeczy. Resort czyni starania, aby zwiększyć atrakcyjność pracy lekarza wojskowego, wprowadzając stopniowo widełkowe w jednostkach wojskowych. Daje to możliwość awansu bez zmiany stanowiska służbowego w tej samej jednostce, bez konieczności przenoszenia się do innego garnizonu, wprowadza dodatki finansowe i w końcu jest to próba uregulowania spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych poprzez wprowadzenie urlopów szkoleniowych, dzięki czemu żołnierzowi zawodowemu, lekarzowi lub lekarzowi dentyście skierowanemu przez właściwy organ do odbycia specjalizacji medycznej na czas odbywania zajęć w ramach tej specjalizacji udziela się zwolnienia od zajęć służbowych w wymiarze piętnastu dni roboczych w każdym miesiącu. Warto przy okazji przypomnieć, że z inicjatywy resortu zostało znowelizowane rozporządzenie ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, co spowodowało, iż lekarze stażyści w mundurach otrzymują wyższe wynagrodzenie za dyżury medyczne. Warto przypomnieć też o wprowadzeniu rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra obrony narodowej, które to rozporządzenie daje lekarzowi będącemu tymże żołnierzem możliwość odbywania szkolenia w wymiarze nie mniejszym niż dwadzieścia cztery godziny w tygodniu w podmiotach leczniczych w ramach czasu służby. Przytaczane zmiany prawne są o tyle istotne, że jako pierwsze rozwiązania legislacyjne na poziomie ustawy lub rozporządzenia realnie regulują możliwość podnoszenia kwalifikacji lekarzy.

Szanowni Państwo, trudna sytuacja kadrowa – informacje o niej były przedstawiane już na wcześniejszych slajdach – jest również wynikiem swoistej luki pokoleniowej, która powstała po okresie funkcjonowania wojskowej akademii medycznej. Omawiane wcześniej czynniki, które sprawiają, że służba medyka w mundurze jest mniej atrakcyjna, że wymaga większych wyrzeczeń i poświęceń, a także sama specyfika służby wojskowej pogłębiają proces odchodzenia kadry lekarskiej w mundurach i zmniejszają motywację do pozostawania na służbie. Jak wynika z zaprezentowanych danych, najtrudniejsza sytuacja kadrowa jest w jednostkach inspektoratu wsparcia sił zbrojnych i w jednostkach podległych dziś dowódcy generalnemu rodzajów sił zbrojnych, w szczególności w wojskach lądowych. Na ogólną liczbę pięciuset czterdziestu siedmiu etatów w wymienionych jednostkach w służbie pozostaje dwustu sześćdziesięciu czterech lekarzy, a pozostałe dwieście osiemdziesiąt trzy miejsca dalej nie są zapełnione. Prowadzi to również do sytuacji, w której w jednostkach liniowych, gdzie powinno służyć na przykład trzech lekarzy, w służbie pozostaje jeden i wszystkie obowiązki i za-

daniami są przypisane właśnie temu jednemu pozostającemu w służbie lekarzowi, co szybko prowadzi do wypalenia zawodowego i braku możliwości realizacji na przykład szkolenia specjalizacyjnego.

Szanowni Państwo, omawiając sytuację grupy zawodowej związanej z wojskową służbą zdrowia, nie sposób pominąć grupy zawodowej, do której należą pielęgniarki wojskowe i ratownicy medyczni. Zgodnie z informacjami o sytuacji kadrowej wojskowej służby zdrowia, które przedstawiliśmy państwu również w materiałach informacyjnych, obecnie w wojskowej służbie zdrowia pracuje prawie pięć tysięcy pielęgniarek i położnych. Cywilne zasoby osobowe pielęgniarstwa wojskowego są użytkowane głównie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W 2012 r. i 2013 r. zatrudnionych było ogółem ponad cztery tysiące siedemset pielęgniarek i położnych; w ośmiu szpitalach wiodących zatrudnionych było trzy tysiące dwieście pielęgniarek i położnych oraz dziewięćdziesięciu ratowników medycznych, w pozostałych szpitalach wojskowych oraz w Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolечnictwa zatrudnionych było ponad tysiąc osiemdziesiąt pielęgniarek i położnych oraz dwudziestu czterech ratowników medycznych. Jeśli chodzi o ratownictwo medyczne, to korpus osobowy w grupie, do której właśnie chcę nawiązać, przechodzi swoistą transformację. W strukturach medycznych jednostek wojskowych użytkowanych jest dzisiaj około siedemset etatów ratowników medycznych, najwięcej w strukturach dowództwa generalnego. Szczególną rolę odgrywają ratownicy medyczni w systemie zabezpieczenia medycznego działań operacyjnych sił ekspedycyjnych. Stanowią oni grupę kwalifikowanego personelu medycznego działającego nie tylko w strukturach jednostek wojskowych w kraju, ale również w ugrupowaniach pododdziałów realizujących swoje misje w ramach PKW. Obecnie ratownicy medyczni pełnią służbę wojskową głównie w grupie podoficerów zawodowych w korpusie osobowym medycznym. Staraniem inspektoratu w 2012 r. i w latach następnych powstały pierwsze stanowiska oficerskie dla ratowników medycznych. Zapewnienie warunków organizacyjnych do rozwoju zawodowego i służbowego pielęgniarek i ratowników pozwoli na przejęcie przez nich części zadań wykonywanych do niedawna przez lekarzy. Podjęte w resorcie prace w tym obszarze mają na celu ujęcie w regulacjach prawnych szerszych kompetencji wojskowych dla tych grup zawodowych, odpowiadających potrzebom sił zbrojnych. Ponadto mają uregulować i zoptymalizować system kształcenia podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i ratowników medycznych na potrzeby sił zbrojnych. W ten sposób chciałbym płynnie przejść do drugiej części, dotyczącej kształcenia oraz doskonalenia zawodowego kadr medycznych.

Szanowni Państwo, Panie Senator i Panowie Senatorowie, jak powszechnie wiadomo, nowoczesne mury i najdoskonalszy sprzęt, a także dotacje finansowe to tylko element sukcesu, a istotą sukcesu są – jak mówiliśmy wcześniej – ludzie. Personel medyczny stanowi podstawę, jeśli chodzi o leczenie w naszych podmiotach. Od wykształconej medycznie kadry będzie oczywiście zależeć sukces w procesie leczenia i opieki nad pacjentem.

Poproszę następny slajd. Pozyskiwanie kadr medycznych dla sił zbrojnych, ich właściwe wykształcenie, możliwość stałego podnoszenia kwalifikacji stają się dziś jednym z priorytetów dla wojskowej służby zdrowia. Obecnie system kształcenia na potrzeby sił zbrojnych jest realizowany w trzech obszarach: kształcenia przeddyplomowego, kształcenia i doskonalenia zawodowego, kształcenia podyplomowego. Obowiązek podnoszenia kwalifikacji i ustawicznego kształcenia dotyczy wszystkich osób wykonujących zawody medyczne i jest realizowany poprzez wdrożenie optymalnego modelu kształcenia kandydatów na oficerów korpusu osobowego medycznego, koordynację i harmonizację poszczególnych faz kształcenia podyplomowego, optymalizację wykorzystania potencjału dydaktycznego jednostek wojskowej służby zdrowia i powiązania poszczególnych etapów kształcenia oraz doskonalenia z rozwojem służbowym i ścieżką awansu. Na tym właśnie slajdzie przedstawiamy przygotowane kierunki. W przeszłości różnego rodzaju rozwiązania mające na celu uzupełnienie potrzeb kadrowych wojskowej służby zdrowia nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Oczekiwania dotyczące masowego napływu kandydatów do służby wojskowej nie sprawdziły się; tylko niewielka grupa studentów na poszczególnych latach studiów medycznych uczelni cywilnych zdecydowała się związać swoją dalszą naukę z mundurem. Podobnie liczba koleżanek i kolegów, którzy zakończyli studia i wstępowali do sił zbrojnych w ostatnich latach – jak pokazują statystyki – była stosunkowo mała; za mała, aby można było odtworzyć i uzupełnić braki kadrowe, o których wcześniej mówiłem. Dlatego też po latach doświadczeń zaproponowano, aby utrzymać dwa z trzech stosowanych z najlepszym wynikiem sposobów pozyskiwania i kształcenia kandydatów na oficerów korpusu osobowego medycznego. Pierwszy sposób, podstawowy – wymieniony na górnej części slajdu – będzie obejmował nadzór i kształcenie kandydatów od pierwszego roku studiów na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kierunek uzupełniający dla absolwentów uczelni medycznych – oznaczony kolorem zielonym w dolnej części slajdu – będzie prowadzony w ramach studium oficerskiego, realizowany w dowolnej uczelni wojskowej we współpracy z Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego. Ten sposób będzie szczególnie przydatny w chwili pozyskiwania lekarzy dentyistów i farmaceutów. W wyniku opisywanych doświadczeń nastąpiło zawieszenie kierunku uzupełniającego, oznaczonego kolorem żółtym. Kierunek ten, oparty na naborze do służby kandydackiej studentów wyższych lat studiów krajowych uczelni medycznych, którzy ukończyli pierwszy rok lub kolejne lata studiów na uczelniach cywilnych, zostaje zawieszony, bowiem kształcenie w tym wariantcie nie gwarantuje jednolitego poziomu kwalifikacji wojskowych i wojskowo-medycznych. Wariant ten jest najbardziej skomplikowany zarówno pod względem organizacyjnym procesu kształcenia, jak i pod względem jego zasad finansowania.

Na kolejnym slajdzie przedstawiamy charakterystykę kandydatów na żołnierzy zawodowych. W korpusie osobowym medycznym pełni dziś służbę dwustu siedemdziesięciu siedmiu podchorążych, z czego sto trzydzieści dziewięć to panie w mundurach. Tabela pokazuje, że dopiero stu

denci będący dzisiaj na czwartym roku studiów zasilą siły zbrojne i nastąpi to za dwa lata. Planowany dopływ ponad sześćdziesięciu oficerów lekarzy będzie również możliwy po ukończeniu stażu i zdaniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Dopiero w kolejnych latach, po roku 2017, będzie można spodziewać się w miarę stałego, regularnego zasilania szeregów lekarzy w mundurach.

Poproszę następny slajd. Proces odtwarzania kadr medycznych trwa długo. Przypomnę: studia trwają sześć lat, do tego należy dodać rok stażu, a proces szkolenia i specjalizacji trwa dalsze pięć do sześciu lat. Dlatego też na specjalistę w mundurze będziemy oczekiwać od dwunastu do czternastu lat, zaś odrębnym zagadnieniem pozostają sposób i forma zatrzymania tegoż oficera oraz jego dalszego wykorzystania na potrzeby wojskowej służby zdrowia i sił zbrojnych. Bezsporną kwestią, bardzo ważnym magnesem, jeśli chodzi o pozostawanie lekarzy w służbie, jest dziś możliwość podnoszenia kwalifikacji, w tym uzyskania specjalizacji w jednej z dziedzin medycyny. Ministerstwo Obrony Narodowej dysponuje dziś pulą ponad tysiąca czterystu akredytowanych miejsc specjalizacyjnych w czterdziestu ośmiu dziedzinach medycyny. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że praktycznie te ponad tysiąc trzysta osiemdziesiąt miejsc szkoleniowych zostanie uzupełnione o dalsze trzydzieści sześć miejsc związanych z medycyną transportu, która została podzielona na dwie dziedziny, bowiem odtworzyliśmy medycynę lotniczą i medycynę morską tropikalną. W szkoleniu specjalizacyjnym z medycyny transportu bierze dzisiaj udział tylko czternaście osób. Ogółem w szkoleniu specjalizacyjnym w strukturach ministra obrony narodowej obecnie bierze udział ponad dziewięćset osób, dokładnie dziewięćset siedem osób, z czego przykładowo w szkoleniu specjalizacyjnym z chorób wewnętrznych sto dziesięć osób, z chirurgii ogólnej trzydzieści sześć, z ortopedii i traumatologii narządu ruchu pięćdziesiąt pięć, z anestezjologii i intensywnej terapii sześćdziesiąt siedem osób, z medycyny ratunkowej dwadzieścia pięć.

Poproszę dalej... Podnoszenie kwalifikacji zawodowych w przypadku wszystkich osób zawodowo związanych z medycyną jest dzisiaj faktem bezspornym i oczywistym i nie wymaga specjalnego uzasadnienia. Choć w tym miejscu można by przytoczyć cały szereg przepisów prawa nakazujących stałe doskonalenie zawodowe lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. Do roku 2013 lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej miał z jednej strony narzucony ustawowo obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji, a z drugiej ograniczone możliwości realizacji tego obowiązku. Rozporządzenie ministra obrony narodowej z 28 sierpnia 2008 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej wprawdzie ułatwiała żołnierzom zawodowym uzyskanie karty specjalizacyjnej i rozpoczęcie samej specjalizacji, jednak w praktyce napotykali oni najrozmaitsze przeszkody, które skutecznie utrudniały lub uniemożliwiały dokończenie tejże specjalizacji w ściśle określonym terminie. Problemy te, które wymieniliśmy też na slajdzie, skłoniły do prac legislacyjnych, które zmierzały do – poproszę następny slajd – nowelizacji rozporządzenia. W wyniku tych

działań powstało nowe rozporządzenie ministra obrony narodowej, z marca ubiegłego roku. Określa ono ściśle wymiar czasu szkolenia specjalizacyjnego realizowanego przez żołnierza, a kolejnym krokiem, mającym na celu uzupełnienie procesu specjalizacji o elementy wynikające ze specyfiki służby wojskowej, będzie rozporządzenie ministra obrony narodowej w sprawie programów uzupełniających do określonych specjalizacji. W tej chwili projekt został rozesłany do uzgodnień międzyresortowych. Programy szkolenia uzupełniającego w przypadku określonych specjalizacji medycznych zapewniają dodatkową wiedzę potrzebną do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny w zakresie i w warunkach wynikających ze specyfiki służby wojskowej oraz potrzeb obronności kraju.

Poproszę następny slajd. Na tym slajdzie pokazujemy odrębne procesy przygotowania i postępowania w przypadku specjalizacji dotyczących lekarzy wojskowych i lekarzy cywilnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych; to informacja zaznaczona jaśniejszym kolorem, po prawej stronie slajdu. Na kolejnych dwóch slajdach pokazano różnice w procesach specjalizowania się lekarza wojskowego i cywilnego. Proces ten jest dokładnie opisany również w materiałach przesłanych do państwa.

W związku z tym pozwolę sobie od razu przejść do drugiej części, w której pokazujemy, że zaszły konkretne zmiany, jeśli chodzi o szkolenie specjalizacyjne. Sposób zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty spowodował większe dostosowanie dotychczasowego sposobu szkolenia specjalizacyjnego... Dostosowano terminy postępowania kwalifikacyjnych i w tej chwili są one tożsame z terminami z przepisów obowiązujących w środowisku cywilnym. Głównym kryterium weryfikującym miejsce na liście ubiegającego się o kartę specjalizacyjną pozostaje liczba punktów, jaką lekarz uzyskał w trakcie Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub na poprzednich egzaminach specjalizacyjnych. W cywilnej służbie zdrowia dodatkowo funkcjonuje system rezydencki, którego nie ma w przypadku wojskowej służby zdrowia. Zatrudnienie odbywa się w ramach etatów rezydenckich – mówimy o systemie cywilnym – finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem marszałka województwa, na którego terenie znajduje się podmiot leczniczy. Oznacza to, że przez cały okres specjalizacji lekarz funkcjonujący w strukturach podmiotu leczniczego, kształcąc się i realizując zadania statutowe, wykonuje również pracę na rzecz tejże placówki medycznej. Ze względu na specyfikę służby wojskowej, uwzględniającej realizację zadań zabezpieczenia medycznego w jednostkach sił zbrojnych, ten system niestety nie jest dostępny dla lekarza wojskowego.

Krótką informacją na następnym slajdzie dotyczy samych procedur postępowania, zgodnie z zasadami, które przed chwilą omawiałem. Mówimy o postępowaniach z października 2013 r. i z marca 2014 r. W pierwszym okresie przystąpiło sto dziewięć osób, zakwalifikowano sześćdziesięciu jeden żołnierzy zawodowych oraz trzydziestu sześciu pracowników cywilnych zatrudnionych w podmiotach należących do ministra obrony narodowej. W marcu 2014 r. przystąpiło siedemdziesiąt sześć osób, zostało zakwalifikowanych dwudziestu pięciu żołnierzy za-

wodowych oraz trzydziestu jeden pracowników cywilnych. Na ogólną liczbę tysiąca czterystu dwudziestu trzech miejsc specjalizacyjnych zajętych jest – jak już dzisiaj powiedziałem – dziewięćset siedem miejsc. Liczba osób odbywających szkolenie w szpitalach ministra obrony narodowej to również dziewięćset siedem, liczba osób odbywających szkolenia specjalizacyjne w podmiotach leczniczych cywilnych i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych to siedemdziesiąt jeden. Z ogólnej liczby dziewięćset sześćdziesięciu trzech lekarzy dwieście dziewięćnaście osób odbywa tę specjalizację poza resortem.

Podnoszenie kwalifikacji medycznych personelu wojskowej służby zdrowia jest wspierane przez resort obrony narodowej poprzez przyznawanie środków finansowych podmiotom leczniczym. Na podstawie art. 114 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia przekazuje środki publiczne na pokrycie kosztów związanych z kształceniem i podnoszeniem kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, pełniących zawodową służbę wojskową na stanowiskach w siłach zbrojnych lub w zakładach opieki zdrowotnej. W 2013 r. zawarto trzydzieści sześć umów i przyznano środki publiczne na ten cel. Ta forma wsparcia finansowego personelu medycznego naszych podmiotów leczniczych jest udzielana od 2008 r. i cieszy się coraz większym zainteresowaniem, co oczywiście skutkuje lepiej wykwalifikowaną i lepiej przygotowaną kadrą medyczną. Na podnoszenie kwalifikacji w 2013 r. przeznaczono ponad 905 tysięcy zł; z tych środków finansowych w ubiegłym roku skorzystało blisko tysiąc pięćset osób. W roku bieżącym na ten cel zarezerwowaliśmy kwotę w wysokości 2,5 miliona zł.

Szanowni Państwo, doskonalenie zawodowe dotyczy również ratowników i ratowników medycznych. Głównym ośrodkiem szkolenia tego personelu medycznego pozostaje Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi, gdzie zlokalizowana jest baza szkoleniowa zarówno teoretyczna, jak i praktyczna, bowiem znajduje się tam jedyny ośrodek symulacji pola walki, na którym personel ratowniczy może realizować zadania w warunkach zbliżonych do tych, jakie mogą wystąpić na misjach. W ostatnich trzech latach na różnego rodzaju kursach kwalifikacyjnych oraz doskonalących przeszkolono ponad pięć tysięcy osób, liczba ta systematycznie wzrasta – przedstawiamy to również za pomocą tego wykresu – począwszy od 2011 r. Podajemy również przewidywane dane dotyczące obecnego roku, jeśli chodzi o szkolenia specjalizacyjne w ramach kursów pierwszej pomocy, w ramach ratownictwa pola walki, w tym również uzyskiwania specjalistycznych certyfikatów instruktorów.

W ubiegłym roku do systemu doskonalenia zawodowego wprowadzono kursy doskonalące dla ratowników medycznych, których celem jest pogłębianie i aktualizowanie wiedzy oraz umiejętności z zakresu medycyny ratunkowej i organizacji systemu ratownictwa medycznego niezbędnych do wykonywania zadań ratowniczych. Warunkiem przystąpienia do kursu jest posiadanie tytułu ratownika medycznego potwierzonego dyplomem ukończenia odpowiednich szkół; wynika to oczywiście z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Tym grupom zawodowym przyznawane są punkty edukacyjne za udział

w tych kursach doskonalących, zakończonych egzaminami. Personel wojskowej służby zdrowia ma również możliwość podnoszenia kwalifikacji na specjalistycznych kursach organizowanych między innymi w Wojskowym Instytucie Medycznym oraz w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej, na przykład na szkoleniu dla ratowników medycznych z lotniczej ewakuacji medycznej, w ramach którego w obecnym roku planujemy przeszkolić ponad sto dwadzieścia osób.

Szanowni Państwo, kończąc swoje wystąpienie, chciałbym podziękować wszystkim osobom... zwłaszcza zgromadzonym tutaj parlamentarzystom, którzy szczególnie wspierają naszą działalność w zakresie wojskowej służby zdrowia. Wielu z państwa jest członkami rad społecznych podmiotów medycznych należących do ministra obrony narodowej i doskonale zna problemy, z jakimi te podmioty się borykają. Wielu z państwa przejawia codzienną troskę, wspierając nasze działania mające na celu jak najlepsze zabezpieczenie medyczne żołnierzy zarówno w kraju, jak i tych na misjach, a także tych, którzy utracili zdrowie, wykonując swoje żołnierskie obowiązki. Każda inicjatywa i pomoc przynosi wymierne korzyści, przekładając się na podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych. To wsparcie, za które serdecznie dziękuję, w codziennej trudnej pracy i służbie dla dobra chorego jest dla nas bardzo ważne i mimo kłopotów, z jakimi boryka się nasza służba, dopinguje do wyczerpanej pracy. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Generale.

Bardzo proszę teraz pana ministra Soplińskiego... Czy pan minister chciałby powiedzieć nieco więcej, jeśli chodzi o ten obszar bardziej cywilny i o współpracę z wojskową specjalistyczną służbą zdrowia?

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopliński:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Panowie Generalowie! Szanowni Państwo!

Pan generał zakończył swoje wystąpienie tematem ratowników medycznych. Ja chciałbym powiedzieć, że od roku jest zmieniony system kształcenia w zakresie ratownictwa medycznego i teraz jest nowa forma kształcenia ratowników medycznych, forma licencjatu. Od 2009 r. realizujemy specjalny program doksztalcenia ratowników medycznych. Finalizujemy również zmianę ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Liczba ratowników medycznych pracujących w placówkach ochrony zdrowia, według stanu na koniec tego roku, corocznie wzrasta. W 2005 r. było cztery tysiące stu trzydziestu ośmiu ratowników, obecnie, w 2012 r., jest ponad jednaście tysięcy sześćset sześćdziesięciu czterech ratowników. Muszę powiedzieć, że wykształciliśmy dość dużo ratowników. W systemie cywilnej opieki zdrowotnej mamy kłopoty z zatrudnieniem tych ratowników. Często są różnego rodzaju konflikty, szczególnie ze środowiskiem pielęgniarskim,

dlatego że pracodawcy zatrudniają ratowników w szpitalnych oddziałach ratunkowych, a wykształcenie ratownika medycznego jest wykształceniem do ratownictwa, a nie do pielęgnacji pacjentów; w takich sytuacjach powstają konflikty. Jest naprawdę bardzo dużo wykształconych ratowników. W nowym projekcie nowelizowanej ustawy wprowadzamy zarówno specjalny egzamin, jak i ciągłość kształcenia. Poza tym ze środków Unii Europejskiej, w ramach tak zwanego Europejskiego Funduszu Społecznego, do 30 czerwca 2015 r. jest realizowany cały cykl szkoleń ratowników. Na różnych kursach przeszkoliliśmy ponad pięć tysięcy ratowników właśnie z zakresu ratownictwa medycznego; będziemy to prowadzić do roku 2015. Jeżeli chodzi o pielęgniarstwo, to ministerstwo określiło pewne specjalizacje z zakresu pielęgniarstwa i również pielęgniarki szkolą się w zakresie specjalistycznego pielęgniarstwa. Jeżeli chodzi o szkolenie lekarzy, to corocznie minister nauki i szkolnictwa wyższego w porozumieniu z ministrem zdrowia określa limit przyjęć na studia medyczne; limit na ten rok został już określony. Jeżeli chodzi o studia – że tak powiem – w starym trybie, w Wojskowej Akademii Medycznej, to w tym przypadku kształcenie finansuje minister obrony narodowej, a nie minister nauki i szkolnictwa wyższego. Te limity są nieco zwiększone, po prostu takie są warunki i możliwości kształcenia.

Chciałbym powiedzieć również, że zmieniliśmy programy i obecnie finalizujemy nowe programy specjalizacyjne, tak zwane jednomodułowe i dwumodułowe. Dążymy do tego, żeby po prostu skrócić okres specjalizacji, ale żeby lekarz, który robi wąską specjalizację, na przykład z alergologii czy z kardiologii, był dobrze wykształcony internistycznie. Moduł internistyczny, zachowawczy czy pediatryczny będzie trwał trzy lata, a moduł specjalistyczny dwa do dwóch i pół roku; tak że skracamy proces specjalizacji.

Bardzo istotnym i ważnym rokiem będzie rok 2017, dlatego że w roku 2017 będą dwa roczniki studentów, ponieważ w 2017 r. staż będzie na szóstym roku studiów, który będzie się kończył końcowym egzaminem lekarskim. To będzie bardzo istotne ze względu na to, że mamy pewne ograniczone możliwości, jeżeli chodzi o liczbę rezydentur, których zwykle rocznie jest w sumie dwa i pół tysiąca, przy czym środki na rezydentury otrzymujemy z Banku Gospodarki Krajowej. Poza tym lekarze wykonują specjalizacje również w systemie pozarezydenckim, a także w ramach umowy o pracę. Tak się przedstawia sytuacja, jeśli chodzi o kształcenie. Oczywiście są pewne specjalizacje, tak zwane deficytowe, w przypadku których staramy się, żeby rezydentura była większa, staramy się zachęcić do tych specjalizacji. Takimi specjalizacjami są na przykład specjalizacje z zakresu medycyny rodzinnej. Obecnie jest około dziesięciu tysięcy lekarzy z zakresu medycyny rodzinnej, a potrzeba nam właściwie prawie dwadzieścia tysięcy lekarzy rodzinnych. Wprowadziliśmy do medycyny... do POZ również lekarzy internistów, a także lekarzy pediatrów. W rozporządzeniach koszykowych złagodiliśmy... Dlatego że w przypadku tych rozporządzeń zostało określone, że musi być specjalista z drugim stopniem. Obecnie wprowadzamy zmianę, dzięki której w postępowaniu konkursowym w kontraktach będzie mógł brać udział również

specjalista z pierwszym stopniem. Stworzyliśmy też programy specjalizacyjne dla tych lekarzy, którzy mają pierwszy stopień specjalizacji, a więc umożliwiamy im zrobienie drugiego stopnia specjalizacji w specjalnym trybie. To było to, co opracowaliśmy, jeżeli chodzi o edukację lekarzy. To tyle w skrócie.

W każdym razie są chętni na studia medyczne, jest również dość dużo obcokrajowców chętnych na studia medyczne. Przeważają studenci ze Skandynawii, ale są i ze Stanów Zjednoczonych, dlatego że nasze dyplomy są uznawane na całym świecie. To są studia odpłatne. Przyjmujemy również na studia medyczne odpłatne, przy czym oczywiście, żeby dostać się na studia odpłatne, student musi uzyskać odpowiednią liczbę punktów z egzaminu maturalnego.

Chciałbym od razu poruszyć bardzo delikatny problem związany z Ukrainą. Część polskich studentów, którzy studiuje medycynę na Ukrainie, zgłasza chęć studiowania w Polsce. Decyzja o ich przyjęciu jest suwerenną decyzją uczelni; tylko uczelnia w Bydgoszczy przyjmuje takich studentów. Chciałbym zauważyć, że ci studenci, którzy studiuje na Ukrainie, studiuje na studiach płatnych. Różnica między Ukrainą a Polską, jeśli chodzi o opłaty, jest dość znaczna. W tym przypadku jest to już kwestia porozumienia nie z ministrem zdrowia, ale bezpośrednio z uczelniami. Monitorujemy liczbę chętnych, liczbę zgłoszonych do... Teraz to się troszeczkę uspokoiło, ale jesteśmy po rozmowie z rektorami uczelni. W takiej sytuacji uczelnie same będą podejmowały decyzje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, panie Ministrze.

Czy przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia chcieliby coś dodać? To znaczy, przyznam się szczerze, że podejrzewam, że może to interesować raczej członków naszej komisji senackiej, bo członkowie Komisji Zdrowia pewnie mają o wiele szerszą wiedzę na ten temat. W jaki sposób odbywa się kontraktowanie usług, jeżeli chodzi o wojskowe zakłady lecznicze i o to, jak... Czy zasady są podobne do tych, jakie obowiązują w placówkach cywilnych, czy są nieco inne?

Kolejna sprawa, która jest pewnie równie interesująca, to sprawa nadwykonań. Wiem, że to jest problem ogólnie służby zdrowia i pewnie dotyczy on również wojskowej służby zdrowia. Czy kwestie dotyczące nadwykonań również są rozstrzygane bezpośrednio, czy są jakieś problemy z tego wynikające?

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym powiedzieć, że ustawodawca od wielu lat, widząc szczególną rolę wojskowej służby zdrowia w systemie służby zdrowia i obronności państwa, wydzielał pewne struktury, które tę wojskową służbę zdrowia miały w pewien, może odmienny sposób finansować. Przed okre-

sem ubezpieczeń zdrowotnych wojskowa służba zdrowia w całości była finansowana z budżetu ministra obrony narodowej. Drugim etapem było wejście w życie ubezpieczeń zdrowotnych w roku 1999. Wówczas powstała Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych; kontraktowaniem objęto między innymi wojskową służbę zdrowia, widząc tę specyficzną rolę, która polega na zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych wszystkich pacjentów, nie tylko wojskowych, a także szczególną rolę, jeśli chodzi o obronność państwa. Również w roku 2003, kiedy likwidowano Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych, kiedy powstawał Narodowy Fundusz Zdrowia, ustawodawca, widząc, że następuje nierówność służby zdrowia w obrębie całego powszechnego systemu ochrony zdrowia, wydzielił w Narodowym Funduszu Zdrowia pion mundurowy, który między innymi miał zajmować się wojskową służbą zdrowia, służbami resortowymi, ratownictwem medycznym. Ustawodawca, wydzielając w tym czasie taki pion, miał na uwadze przede wszystkim to, że Ministerstwo Obrony Narodowej i wojskowa służba zdrowia nie miały możliwości pozyskiwania żadnych – podkreślam – dodatkowych środków, szczególnie pochodzących z Unii, z których powszechnie korzystały inne jednostki służby zdrowia, niepodległe ministrowi obrony narodowej, głównie jednostki samorządowe, jednostki podległe ministrowi czy nadzorowane przez ministra zdrowia, dla których minister zdrowia był organem założycielskim.

Tak jak powiedziałem, specyfika wojskowej służby zdrowia polega na tym, że w czasie pokoju wykonuje ona zadania na rzecz wszystkich mieszkańców danego rejonu – za te świadczenia, podkreślam, płaci Narodowy Fundusz Zdrowia – i wykonuje zadania na rzecz obronności państwa, a więc utrzymuje gotowość bojową, wydziela łóżka, wydziela siły i środki po to, żeby zabezpieczać ćwiczenia, żeby zabezpieczać sytuacje nadzwyczajne. Jeśli przyjrzymy się ostatnim wydarzeniom w czasie powodzi, która w tej chwili jest w kraju, to zobaczymy pracujących i służących żołnierzy; tam wszędzie znajduje się wojskowa służba zdrowia. Ale nie ma podstaw prawnych, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia płacił za świadczenie usług na rzecz żołnierzy i mieszkańców, którzy są zagrożeni i którym żołnierze udzielają pomocy.

Jak wygląda kwestia finansowania? No, można by powiedzieć, że oczywiście finansowanie przez te lata, od czasów systemu budżetowego czy kas chorych, wzrosło z około 700 milionów zł do 1 miliarda 140 milionów zł w roku 2014. Bolączki związane z tak zwanymi, jak powiedział pan przewodniczący, nadwykonaniami – jako człowiek nadzorujący finanse nie lubię używać tego słowa, bo to wszystko to świadczenia ponadumowne, czyli poza umową – oczywiście dotyczą też wojskowej służby zdrowia, jednak są one zależne również od osób, które kierują wojskową służbą zdrowia. Wojskowa służba zdrowia w samym zamiarze jest bardziej zdyscyplinowana niż pozostała część służby zdrowia. Zależy to od kierujących i dowodzących służbą zdrowia. W okresie... Powiem ogólnie. Przed kierowaniem służbą zdrowia przez pana generała Dzięgielewskiego niektóre samodzielne... Pamiętajmy o tym, że w wojsku są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a więc ich kierownicy prowa-

dzą samodzielną gospodarkę, również finansową. Mogę powiedzieć, że dzięki zdyscyplinowaniu osobistemu komendantów, kierowników, dyrektorów liczba nadwykonań się zmniejsza; i to jest dobre. Jednak myślę, że świadczenia ponadumowne będą nam towarzyszyć jeszcze długo, tym bardziej że potrzeby wojskowej służby zdrowia są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na takich samych zasadach jak pozostała część.

Jeżeli chodzi o sytuację wojskowej służby zdrowia, to należy się zastanawiać nad tym, jak wysoka powinna być dotacja, która nie leży w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia, bo nie jest wypłacana za wykonane świadczenie opieki zdrowotnej, tylko jest przeznaczona na pozostałą część służącą obronności kraju, a więc na szkolenia, zabezpieczenie, na te puste łóżka, które trzeba utrzymywać w okresie sympozjów, zjazdów, klęsk żywiołowych. I to jest chyba najistotniejsze w przypadku wojskowej służby zdrowia. To jest specyfika wojskowej służby zdrowia, która do tej pory w rękach ustawodawcy znajdowała znamienite miejsce. Myślę, że współpraca ministra zdrowia z funduszem jest bardzo dobra. Z ministrem również... Świadczy o tym wypowiedź pana generała Dzięgielewskiego, który podziękował Ministerstwu Zdrowia za to, że jest specjalna ścieżka specjalizacyjna, nie odrębna, tylko specjalna ścieżka specjalizacyjna; to jest duże ułatwienie dla żołnierzy, którzy pełnią zawodową służbę wojskową, dla lekarzy w jednostkach wojskowych i placówkach podległych ministrowi obrony narodowej. Dużo zostało zrobione. Braki kadrowe, szczególnie wśród żołnierzy zawodowych, żołnierzy-lekarzy wynikają z prozaicznej, czysto finansowej przyczyny. Lekarz „cywilny” ma w tej chwili o wiele większe możliwości zarobienia o wiele większych pieniędzy niż lekarz wojskowy, szczególnie lekarz, który służy w jednostce wojskowej, zwłaszcza w zielonych garnizonach, gdzie nie ma możliwości dorobienia, nawet gdy ma się przychylnego dowódcę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Prezesie.

Czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos?

Wobec tego otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, pan senator, pan przewodniczący Owczarek, pan senator Klich. To ja będę zapisywał. Pan senator Owczarek na początek.

Bardzo proszę się przybliżyć do mikrofonu.

Senator Andrzej Owczarek:

Mam pytanie do pana generała Dzięgielewskiego. Ilu lekarzy jest w tej chwili w Afganistanie i jakiej są narodowości? Dziękuję.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Panie Generale, myślę, że będzie pytanie i odpowiedź; chyba tak będzie najprościej.

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Panie Senatorze, w tej chwili tylko narodowości polskiej. Grupa ta się zmniejsza, ponieważ nasze zaangażowanie również się zmniejsza, od dwóch czy trzech zmian... Współpracowaliśmy tylko z kolegami z Ukrainy i z armii Stanów Zjednoczonych... Narodowości polskiej.

(Senator Andrzej Owczarek: Czy mogę kontynuować?)

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Oczywiście, proszę.

Senator Andrzej Owczarek:

Panie Generale, oczywiście wiedziałem, bo byłem w Afganistanie. Wszyscy lekarze byli Ukraińcami i to budzi mój poważny niepokój. Mamy wojskową służbę zdrowia i wojsko jest na służbie, a mamy najemników z innego kraju; no, to jest bardzo niekorzystna sytuacja. Czy zastanawiacie się państwo nad tym, w jaki sposób rozwiązać ten problem?

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo proszę, Panie Generale.

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Dziękuję bardzo.

Oczywiście tak. Cały proces, który tu przedstawiałem, między innymi dotyczący pozyskiwania kadry... niestety jest on żmudny i długotrwały z powodu czasu kształcenia, uzyskania specjalisty. Powróć do materiałów, które cytowałem. Jeśli chodzi o kształcenie studenta, począwszy od pierwszego roku po uzyskanie przez niego specjalizacji w dziedzinach szczególnie nam potrzebnych, w chirurgii, ortopedii, to uzyskanie specjalisty, który mógłby brać udział w misji, trwałoby od dwunastu do czternastu lat. Oczywiście lukę pokoleniową, o której też wspominałem w trakcie swojego wystąpienia, będzie trudno szybko zniwelować, ale rzeczywiście dostrzegamy ten proces – chodzi o pytanie pana senatora – i to nie od tej chwili, czyli to nie urodziło się w momencie, kiedy nasze misje pokojowe weszły do Iraku czy do Afganistanu. Staramy się na bieżąco – moi poprzednicy również próbowali – to niwelować, decydując się między innymi na kształcenie od pierwszego roku studiów, nie zważając w tym wypadku na koszt tego kształcenia; jest on wyższy i trzeba to wyraźnie powiedzieć. Stawiamy na to, żeby związać podchorążego, kandydata na lekarza wojskowego oficera na stałe ze służbą wojskową, wskazać mu możliwości podnoszenia kwalifikacji. Nie bez kozery tak długo mówiłem na temat kształcenia i specjalizacji, bo to jest element, który utrzymuje w służbie,

a także gwarantuje, że po uzyskaniu specjalizacji – to jest bardzo ważne – ci lekarze pozostaną i będą dalej służyć. Takie jest moje osobiste przekonanie i myślę, że większości tutaj zgromadzonych.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Generale.
Pan senator Klich.

Senator Bogdan Klich:

Dziękuję bardzo.

Panie Senatorze, znając dobrze generała Dziegielewskiego i jego talenty, jestem przekonany, że robi on wszystko, żeby zaradzić trudnym sytuacjom.

Ja bym chciał zapytać o to, co dzieje się w stałych placówkach ochrony zdrowia, wojskowych placówkach ochrony zdrowia, w szczególności w poliklinikach wojskowych, bo w materiale jest stosunkowo niewiele informacji na temat przekształceń, które rozumiem jako dostosowywanie naszych klinik wojskowych i szpitali wojskowych do zmieniającej się sytuacji na rynku usług zdrowotnych oraz stałe pogłębianie związku pomiędzy cywilną a wojskową służbą zdrowia. Interesuje mnie zwłaszcza to, jak wyglądają programy naprawcze, o których państwo piszą na stronie 14 przedstawionego materiału, zaznaczając, że przekształcenia są w takich miastach jak Kraków, Gdańsk – szpital Marynarki Wojennej – jak Żary, Ełk i Szczecin, ale nie dowiadujemy się bliżej, na jakim one są etapie. W szczególności mam na myśli Ełk oraz Wrocław; o Wrocławiu też jest mowa. Ełk dlatego, że tam jest – jak wiemy – wielki szpital, wielka infrastruktura, która spoczywa na barkach Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Rozpoczęte przed laty przekształcenia wymagają kontynuacji, tak żeby ten bagaż zanadto nie dociążał budżetu wojskowego, tylko był dostosowany do obecnych i przyszłych potrzeb.

O Wrocław pytam ze względu na to, o czym mówił pan generał, to znaczy ze względu na problem finansowy, który pojawił się w roku 2013. Prosiłbym o bliższe informacje o tym, skąd on się wziął, dlatego że z materiału dowiadujemy się, że powodem trudności była relacja pomiędzy wyceną świadczeń dokonywaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia a wyceną dokonywaną przez szpital. No ale w przypadku innych wojskowych szpitali klinicznych świadczenia są wyceniane identycznie, więc dlaczego ten kryzys dotknął akurat szpitala we Wrocławiu? To byłaby pierwsza prośba, to znaczy prośba o przybliżenie tego – myślę, że kolegów też to zainteresuje – jaki jest obecny stan realizacji programów naprawczych i w jakim kierunku one... To znaczy, gdzie jesteśmy i dokąd idziemy? To po pierwsze.

Druga sprawa dotyczy domu weterana w Łądku-Zdroju, bo przecież przed laty przyjęliśmy taką zasadę, że owszem, będziemy stawiać naszym weteranom tablice i pomniki, ale oprócz tego zrobimy jeszcze dobrą ustawę o weteranach – ona została przyjęta przez parlament i podpisana przez prezydenta – oraz że będzie dom weterana. Podali tutaj państwo bardzo zdawkowe informacje o tej... instytucji, bo przecież to nie jest projekt, tylko instytucja funkcjonująca od kilku lat. Chciałbym się dowiedzieć, jak ona w tej chwili

funkcjonuje i jakie wnioski zostały wyciągnięte przez inspektorat, przez ministerstwo, przez inspektorat w ramach ministerstwa, jeżeli chodzi o możliwość sklasyfikowania w tej chwili świadczeń, które długoterminowo musimy udzielać weteranom misji pokojowych. Kończy się misja w Afganistanie, zmniejszyło się radykalnie zaangażowanie naszego kraju w operacje wojskowe poza granicami kraju, ale weterani są, będą i to w niemałej liczbie. Jak funkcjonuje dom weterana i jak dostosowujecie go państwo do aktualnych potrzeb leczniczych i rehabilitacyjnych weteranów poszkodowanych w misjach? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Jeśli mogę, w kontekście pierwszego pytania pana senatora Klicha... Panie Generale, odnośnie do tych programów naprawczych... Jak to się stało, że Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie zakończył rok 2012 stratą blisko 22 milionów zł, aby w roku 2013 wyjść na plus 208 tysięcy zł? Wydawałoby się, że taka sytuacja jest niemożliwa, jednak...

(Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski: To się da wytłumaczyć.)

Bardzo proszę.

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski:

Odpowiadając, jeśli mogę...

Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Po kolei. Strata dotycząca Wojskowego Instytutu Medycznego, która sięgała prawie 29 milionów zł... Szanowni Państwo, otóż struktura wydatków, a także kontrakt w tym instytucie to ponad 300 milionów zł w obrocie. Koszt nadwykonania rzędu 9%, 10%... Pan generał nie lubi słowa „nadwykonanie”, więc pozostanę przy słowach „wykonane ponad kontrakt świadczenia”. W przypadku instytutu, który obraca kwotą 300 milionów zł, 10% – jak łatwo policzyć – to około 30 milionów zł.

(Głos z sali: Czyli w 100% jest...)

Ten mechanizm naprawczy, bo rzeczywiście działa również dyrekcja instytutu, spowodował, że... Widząc sytuację, widząc to, jak jest realizowany kontrakt, w jaki sposób przepływają środki, ile pieniędzy można pozyskać w ramach samej umowy, rekontraktowania i we współpracy z placówką Narodowego Funduszu Zdrowia... To spowodowało, że zastosowano inną filozofię, jeśli chodzi o kontraktowanie w roku bieżącym i realizację kontraktu. W związku z tym w 2013 r. Wojskowy Instytut Medyczny ma już dodatni wynik finansowy i stara się – że tak powiem – tę dyscyplinę, o której też tutaj mówiłem... W naszych placówkach jest stosunkowo niewiele świadczeń ponadlimitowych; jeśli chodzi o samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, to one zwykle nie przekraczają 1% czy nawet 0,5% w niektórych przypadkach, zaś jeśli chodzi o instytuty, one są – zwłaszcza Wojskowy Instytut Medyczny – wyższe.

Proszę również zwrócić uwagę na to, że instytut będący naszą największą placówką, wykonujący najwięcej różnego rodzaju świadczeń, ma też swoje... To jedyny ośrodek na Mazowszu, chodzi o centrum urazowe, które praktycznie realizuje wszystkie świadczenia związane z urazami komunikacyjnymi. Tam nie ma możliwości, już nie powiem o jakiegokolwiek odmowie świadczeń... Tam nie ma możliwości weryfikacji. Przyjąć, leczyć i ratować życie aż do skutecznego końca.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Pan przewodniczący Muchacki jeszcze w tej kwestii chciałby...

Senator Rafał Muchacki:

Tak, bo to jest bardzo interesujące; też zarządzam dużym szpitalem.

Panie Generale, czyli polityka była taka – jeśli dobrze rozumiem; gdyby tak było, to mi się to podoba – że nie ograniczano przyjęć, tylko Narodowy Fundusz Zdrowia dał więcej pieniędzy. Czy tak mam to rozumieć? Czy też zrobiono tak, że powiedziano: koniec, limit, szlus i nic więcej nie robimy?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

O to chodzi. Wie pan, może być różna polityka. Albo Narodowy Fundusz Zdrowia mówi: „dobra, widzimy, że są takie potrzeby, że macie 10% nadwykonań w 2012 r., wobec tego w 2013 r. dokładamy wam kontrakt, te 30 milionów zł”, albo może być dyrektor, który mówi tak: „koniec, Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje; proszę bardzo, niech się wali, pali, nie przyjmujemy pacjentów i ograniczamy przyjęcia”. Jak to wygląda?

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski:

Odpowiem tak: sposób jest troszkę mieszany, bo i dyscyplinujemy samych wykonujących kontrakt... Marzy się wszystkim, nie tylko dyrektorom, komendantom zarządzającym zakładami opieki zdrowotnej, żeby to, co jest wykonaniem ponadlimitowym, było natychmiast refundowane ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia za pomocą powiększenia kontraktu czy nawet taką doraźną... Jednak jest to możliwe w takim stopniu – nie chcę wyřęczać sąsiada w odpowiedzi na to pytanie – w jakim środki wpływają do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia i w jakim oddziały są w stanie podzielić te środki.

Chciałbym powiedzieć wyraźnie, że w wielu przypadkach – mamy na to namacalne dowody w postaci sprawozdań – rzeczywiście oddziały terenowe Narodowego Funduszu Zdrowia wielokrotnie wspomagają, mówię akurat o placówkach należących do ministra obrony narodowej, i rzeczywiście płacą za te „nadwykonania”.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Pozwolę sobie, jeśli mogę, kontynuować... Pan senator Klich mówił o dwóch naszych placówkach, w Ełku i Wrocławiu. Zaczę od Wrocławia, bo sytuacja, jeśli cho-

dzi o tłumaczenie tego zadłużenia, jest dość podobna do tej, którą przedstawiałem w przypadku Wojskowego Instytutu Medycznego. Konkretnie sprawa dotyczyła niekorzystnej zmiany w zakresie świadczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, związanej z obniżeniem rentowności, szczególnie procedur kardiologicznych, jeżeli chodzi o szpital wrocławski. To jest bardzo silny ośrodek, mający bardzo duży kontrakt, który w 2013 r. niestety został obniżony w porównaniu, tak mam w danych...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Niestety. W porównaniu ze stawką z 2012 r. stawka została obniżona o ponad...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Mam tylko informację o tym, że obniżono...

(Głos z sali: W trakcie roku nie wolno zmieniać...)

W trakcie realizacji zmieniono o 14%. Zmieniła się również stawka za leczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym, która w porównaniu ze stawką z 2012 r. – właśnie to chciałem powiedzieć; to był drugi obszar – została zmniejszona o wspomniane tu już przeze mnie 14%, a jednocześnie wzrosła liczba pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego. Z danych komendanta wynika, że w ciągu roku liczba udzielanych świadczeń wzrosła o blisko 40%. Jeśli chodzi o szpital wrocławski, to jest pierwszy taki przypadek, odkąd mam przyjemność i godność dowodzenia Wojskową Służbą Zdrowia, kiedy ten szpital tak poważnie się zadłużył.

Mało tego, w ramach... Odpowiem już na tę część pytania pana senatora odnośnie do programów naprawczych dla tych szpitali. Nie tylko z mocy ustawy ustanawiamy konieczność przygotowania programu naprawczego dla każdego podmiotu, który wygenerował ujemny wynik finansowy. W przypadku Wrocławia był jeszcze niezależny audyt, zarządzony przez komendanta placówki pod koniec ubiegłego roku po to, żeby zidentyfikować wszystkie obszary, żeby sprawdzić, czy przez przypadek te pieniądze, które powinny być, gdzie przypadkowo nie są niegospodarnie wydawane. Audyt potwierdził, że są sytuacje i są problemy, o których mówiłem.

Wszystkie trzy placówki... Mówiliśmy tutaj o Krakowie. Wskazywałem, że ostatnie dwa lata w przypadku szpitala, który jest panu senatorowi bardzo dobrze znany, przyniosły sukces w postaci odbicia się od ujemnego wyniku finansowego – czy zmniejszania ujemnego wyniku w pozostałych placówkach, w Szczecinie, w Elku czy w Gdańsku – ale jest to okupione bardzo intensywnym programem naprawczym, między innymi dotyczącym liczby personelu, także tego personelu, który wykonuje świadczenia, chociaż w jego przypadku jest najmniej działań, bo skupiają się one głównie na personelu, który wykonuje działania pomocnicze, zmniejszenia ilości wszelkich dodatkowych obciążeń i systematycznej redukcji zadłużenia wobec innych kontrahentów, którzy do tej pory – krótko mówiąc – dotowali szpitale, udzielając im na przykład kredytów na zakup leków czy materiałów medycznych.

Jeśli zaś chodzi o – powiem krótko – dom weterana, to jest to nasz szpital uzdrowiskowy w Łądku-Zdroju. Dotychczas ani jeden z podopiecznych nie skorzystał z formy, którą gwarantuje zapis ustawowy. To nie oznacza, że być może nie będzie takich problemów. Wszyscy koledzy

żołnierze, którzy zostali poszkodowani podczas misji, starają się leczyć czy też odzyskiwać sprawność w placówkach, do których mamy możliwość, dostęp i udzielania świadczeń... To wszystko oczywiście jest tutaj przedstawione. Jeśli chodzi o tę formę świadczenia, to kierowaliśmy ją do takich rannych, poszkodowanych weteranów, którzy nie mają innej opieki poza opieką ze strony Ministerstwa Obrony Narodowej; w ciągu ostatnich dwóch lat nie było ani jednego takiego przypadku.

Czy jeszcze mam uzupełnić...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Senator Bogdan Klich:

Chciałbym powiedzieć, tak na marginesie, że może to i dobrze, w tym sensie, że weterani poza służbą na bieżąco otrzymują świadczenia rehabilitacyjne i świadczenia stacjonarne, i opiekę ze strony rodziny zorganizowaną na tyle sprawnie, że nie muszą korzystać ze społecznej formy opieki. Ale może warto by było – proszę to potraktować jako sugestię – zastanowić się nad tym, czy przypadkiem wprowadzone przez nas, przez parlament, przez resort, ustanowione przez prezydenta, zasady dostępu do domu weterana – chodzi mi o konieczność przekazywania świadczenia emerytalnego czy też rentowego – nie są zbyt wygórowane, to znaczy, czy nie jest to bariera, która utrudnia dostęp do tego typu opieki medyczno-socjalnej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Tak, oczywiście.

(Senator Bogdan Klich: To glosa do tego, o czym mówił pan generał.)

Panie Senatorze, ale pan dyrektor Kossowski chciałby jeszcze uzupełnić...

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia Arkadiusz Kossowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o dom weterana, to nie jest tak, że w szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym w Łądku-Zdroju nie pojawiają się weterani. Oni korzystają z tego obiektu, koncentrując swoje potrzeby na rehabilitacji, a więc ich oczekiwania w mniejszym stopniu dotyczą przebywania w domu weterana, jako w ośrodku stałego pobytu. Ich dzisiejsze potrzeby... ich obecny stan wymaga pewnej rekonstrukcji, rehabilitacji i przywracania do zdrowia. Być może w przeszłości ujawni się potrzeba korzystania z domu weterana jako takiego, jednak dzisiaj w tym obiekcie, w tym ośrodku uzdrowiskowym, tak jak w innych placówkach, o których wspominał pan generał Dziegielewski, są realizowane procesy naprawcze. Dziękuję.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.
Pan minister Jankowski. Proszę.

**Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Obrony Narodowej
Maciej Jankowski:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym jedynie... może nie odpowiedzieć, tylko dodać do odpowiedzi na pytanie pana senatora Klicha pewną informację. Mianowicie, kiedy analizowaliśmy przyczyny słabego wykorzystania domu weterana, to zauważyliśmy, że oprócz kwestii finansowych pewną rolę odgrywa też brak możliwości dofinansowania pobytu osób najbliższych. Weterani zgłaszali przynajmniej taką potrzebę. Zaproponowaliśmy pewne zmiany w tym zakresie; projekt został przygotowany przez ministerstwo i w tej chwili wniosek został skierowany do Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu, więc jeżeli byśmy otrzymali zielone światło, to byłyby również w tej materii pewne przepisy pozwalające weteranom pełniej korzystać z tych możliwości.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Pan senator Preiss, a później pan senator Grubski.

Senator Sławomir Preiss:

Próbowałem zadać to pytanie, ale uzyskałem odpowiedź. Chodziło o te wielkie straty w szpitalu we Wrocławiu. Jednak chciałbym prosić o pewien komentarz...

Przy okazji chciałbym podziękować panu generałowi za wizytę nie tak dawno w 109 szpitalu wojskowym w Szczecinie wraz z ministrem Siemoniakiem; chodzi o otwarcie pracowni tomograficznej. Powiem, że w drugim pod względem wielkości mieście w województwie jest wielki problem, bo akurat sprzęt w pracowni uległ awarii i jak najbardziej to się przyda.

Proszę o komentarz odnośnie do dziesięciu szpitali, które zostały wymienione w tej tabeli. Które szpitale rzeczywiście – mam wiedzę na ten temat, że 109 szpital w Szczecinie znakomicie realizuje program naprawczy – podobnie jak ten...

Drugi komentarz. Następna tabela dotyczyła inwestycji. Dziesięć szpitali w skali kraju... Akurat w przypadku 109 szpitala w Szczecinie w 2012 r., w 2013 r. i w 2014 r. inwestycje były zerowe. Te inwestycje chyba nie były inwestycjami w sprzęt, tylko w coś innego.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Właśnie widzę, że była inwestycja, jeżeli chodzi o sprzęt.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tam było zero... Chodziło o infrastrukturę. To teraz już wiem.

Proszę o komentarz.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Senatorze.
Proszę bardzo, Panie Generale.

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Panie Senatorze, odpowiadając na pytanie dotyczące Szczecina...

Szpital w Szczecinie został wskazany jako jeden z grupy szpitali, które mieliśmy przekazać poza resort obrony narodowej. Z różnych przyczyn – zbyt długo bym tłumaczył dlaczego – nie doszło do tego przekazania. Dzisiaj z powodów struktur, które funkcjonują w siłach zbrojnych... Chodzi między innymi o obecność korpusu wielonarodowego. Ta placówka jest nam potrzebna do zabezpieczenia samego funkcjonowania placówki – są również zobowiązania międzynarodowe w tym obszarze – ale chodzi także o wykorzystanie potencjału, który tam jeszcze dzisiaj drzemie. Jaki jest problem szczecińskiego szpitala? To problem związany ze starą, nieremontowaną przez wiele lat infrastrukturą. W związku z tym środki, które trzeba będzie zaangażować, będą znacznie wyższe niż nasze przeciętne możliwości, jeśli chodzi o poszczególne placówki. Rzeczywiście ten szpital otrzymuje dotację na sprzęt medyczny, na unowocześnienie całej części dotyczącej funkcjonowania aparatury medycznej, bo nawet mimo niepowodzenia, jeśli chodzi o infrastrukturę, narzędzia i sprzęt są niezbędne do udzielania świadczeń medycznych. No, w tym przypadku trzeba ustalić jakiś priorytet; jak pan senator słusznie zauważył, myśmy go ustalili.

Co do pozostałych placówek, to nie jest to dziesięć szpitali, bo tak naprawdę tylko sześć placówek z tej listy jest szpitalami, a pozostałe cztery to wojskowe specjalistyczne przychodnie lekarskie, z czego dwie z wymienionych – chodzi o placówki w Gdyni przy ulicy Pułaskiego i w Gdyni Oksywie – zostały w ubiegłym roku połączone w jeden podmiot. Zredukowaliśmy liczbę przychodni, łącząc je. Niestety jest to również przykład takiego działania, kiedy sytuacja ekonomiczna jednej z placówek podyktowana bardzo znacznym ograniczeniem kontraktu – w tym przypadku głównie nieuzyskaniem kontraktu na specjalistykę – powodowała, że placówka nie byłaby w stanie dalej samodzielnie funkcjonować. Ten ruch został wykonany, ponieważ działania obu placówek dotyczą jednego wspólnego obszaru, nie będą one ze sobą konkurowały, będzie możliwość wykorzystania zasobów ludzkich obu przychodni w ramach jednego podmiotu, wspólnego kontraktowania, jeśli chodzi o funkcjonowanie. Niestety konsekwencją tego połączenia jest strata. Jeśli chodzi o Gdynię Oksywie, to strata wynosi ponad 240 tysięcy zł; będzie musiał ją teraz skonsumentować nowy podmiot, realizując również program naprawczy. Niestety w każdym przypadku tego typu musi być realizowany taki program.

Jeśli chodzi o pozostałe placówki, to proszę zwrócić uwagę... O Szczecinie mówiliśmy już dość długo. Jeśli spojrzymy perspektywicznie, to zauważymy, że straty sięgały kilku milionów złotych rocznie, a dzisiaj strata wynosi

ponad 900 tysięcy zł i systematycznie maleje. Jeśli chodzi o szpital Marynarki Wojennej w Oliwie, to w jego przypadku strata wyniosła 1 milion 700 tysięcy zł. Przypomnę, że kiedy startowaliśmy z programem naprawczym, strata w bieżącej działalności wynosiła ponad 3 miliony zł. Więc jeśli chodzi o te programy, to one skutkują. One nie mogą przynieść efektu w ciągu roku; wszyscy tutaj to rozumiemy. Jest to proces ciągły, często rozłożony na poszczególne etapy, na rok, dwa, a nawet – w takich przypadkach jak w Szczecinie – na trzy najbliższe lata. Również sposób dofinansowania i ponoszenia... W przypadku tego budżetu trzeba będzie prosić o to, aby minister obrony narodowej, zwracając uwagę na Szczecin, uwzględnił również te środki, które mamy. Naszym zadaniem jest podzielenie jakoś tej, było nie było, skromnej puli, jeśli chodzi o możliwości w tym obszarze.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję, Panie Generale.
Pan przewodniczący Grubski.

Senator Maciej Grubski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Generale, myślę że tę śrubę jakości zarządzania trzeba cały czas podkreślać. Pytanie brzmi tak: czy tak daleka restrukturyzacja jest dobra czy zła? Bo to są... Oczywiście czas też działa na niekorzyść.

Kwestia Ełku i kwestia Wrocławia. Nie wiem, czy dobrze rozpoznałem, czy Ełk, czy Wrocław... Skoro jest kwestia obniżenia, jak pan to nazwał, „rentowności kontraktu”, ja rozumiem, że punktów, to tak naprawdę coś się musiało wydarzyć. To nie jest tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z umową może jednostronnie zmieniać tego typu zapisy; musiały nastąpić jakieś negatywne ruchy po stronie szpitala. Chciałbym, żeby pan generał też się do tego później odniósł.

Kwestia WIM. No, 300 milionów zł to olbrzymi kontrakt. Trzeba by znaleźć oczywiście odpowiednie parametry do tego, aby oceniać szpitale. My w Łodzi nie mamy szpitala wojskowego, ale mamy szpital MSW, chyba najlepszy szpital w Łodzi. Parametry w przypadku MSW w Łodzi są takie, że przy mniejszym kontrakcie, ale oczywiście porównywalnie mniejszym również łóżkowo, szpital wypracowuje od 7% do 8% czystego zysku, również wtedy, kiedy są nadwykonania nieopłacone. Czyli powinniśmy określić parametry, które powinniśmy postawić kierownikom jednostek, aby zacząć od nich uzyskiwać dane efekty finansowe. Bo jest takie wahadło: raz 20 milionów zł straty, raz nadwykonanie.

Nadwykonania... Apeluję do pana generała i do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: zmieńmy też sposób myślenia o nadwykonaniach. Dlaczego? Dlatego że państwo stosujecie tę formułę, co się przejawia oczywiście... Jak słucham dyrektora łódzkiego oddziału – moim zdaniem bardzo złego dyrektora oddziału, szkodliwego dyrektora oddziału – który mówi, że oszukują ci partnerzy, którzy podpisują... czyli te podmioty, które wykonują dużo nie-

potrzebnych świadczeń, że nie powinno tak być. To rynek reguluje liczbę nadwykonań. W końcu pacjent przychodzi nie dlatego, że chce się zoperować, tylko dlatego, że coś go boli albo coś mu dolega. Oczywiście powinno zostać powiedziane: nie mamy pieniędzy i to jest powód niepłacenia za nadwykonania, ale nie mówmy na wstępie, kiedy nadwykonanie się materializuje, że to jest złe, że to jest nieprawidłowe, że coś się... Dlaczego? Dlatego że za moment, w ciągu dwóch, trzech lat, następuje ocena tego nadwykonania w sądzie. Państwo wypłacacie te pieniądze i tylko głupi, słabi przegrywają to i biorą 30% wartości nadwykonania, a ci, którzy są mądrzy, biorą 80%. Spójrzmy na przykład na naszego byłego świetnego senatora Zbyszka Pawłowicza w Bydgoszczy, który tak naprawdę wygrywa wszystko, co chce, i spokojnie czeka, jak to się dzieje.

Pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał na problem, o którym rozmawialiśmy już kilka lat temu; chodzi o kwestię wynagrodzeń lekarzy wojskowych w garnizonach. A jak jest na przykład... No, świetnym kierownikiem placówki, moim zdaniem, jest Olaf Truszczyński; chodzi o WIML. W WIML również są zatrudnieni wojskowi. Czy oni korzystają też z tej dużej puli środków, które są w ramach kontraktu, i czy na przykład to są dla nich dodatkowe pieniądze i inne wynagrodzenia, czy oni żyją tylko z pensji wojskowej? Jak się kształtuje w przypadku placówek kierowanych przez pana procent udziału środków z kontraktów w pracy jednostki w stosunku do innych dochodów, na przykład podnajmów, różnych tego typu kwestii? Chodzi o to, co może wykonywać placówka.

Chciałbym również zaznaczyć jedno... Chciałbym zapytać, jak państwo byście się do tego odnieśli. Środowisko byłych generałów, pułkowników związanych z Wojskową Akademią Medyczną sondowało sytuację. W mieście zostało wykonane takie małe badanie na temat zapotrzebowania na tak zwany dom weterana, ale trochę pod innym kątem, na przykład na terenie miasta. Jest taka inicjatywa, żeby powstała fundacja i aby na przykład zwrócono się do miasta z prośbą o to, by jeden z domów pomocy został przekazany... Żeby mógł mieć ten sznyt wojskowy i aby można było stworzyć warunki do przyjmowania na troszeczkę innych, bardziej preferencyjnych warunkach. Jak państwo byście się do tego odnieśli? Czy jest szansa na to, że tego typu inicjatywę byście państwo wsparli?

(Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz: Rozumiem, że pan senator mówi o Łodzi?)

O Łodzi, tak. Ale być może takie pomysły będą się rodziły też w innych miastach. Myślę, że to nie byłaby sprawa zamknięta, dotycząca tylko Łodzi.

Na koniec chciałbym – oprócz zadawania pytań – podziękować bardzo panu ministrowi Klichowi za to, co zrobił dla przeddyplomówki w Łodzi, bo była to wtedy decyzja pana ministra. Utrzymano kształcenie przeddyplomowe w Łodzi dla studentów. Nie wygrała tylko Warszawa. Tak naprawdę to byłby błąd; to się dzisiaj świetnie rozwija. Moim zdaniem pułkownik Aszkielaniec prowadzi świetną pracę i chwala mu za to. Oby tylko Uniwersytet Łódzki wytrzymał tę sytuację i nie zmienił... Myślę, że trzeba również chwalić generała Dziegielewskiego, dlatego że widać zmianę po...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, oczywiście pan posługuje się tym, że poprzednicy również... że kontynuuje pan działania, ale uporządkował pan pewne sprawy po poprzednikach i widać ewidentnie, że służba zdrowia inaczej funkcjonuje.

Cały czas podkreślam, że rozmawiając o polskim wojsku, musimy widzieć służbę zdrowia jako jeden z ważniejszych elementów funkcjonowania polskiej armii. Jeżeli będziemy spychać ten problem gdzieś na bok, przegramy bardzo wiele: przegramy etaty, przegramy żołnierzy, przegramy kształcenie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Wiem, że chciał odpowiedzieć pan dyrektor Kossowski. Później pan generał Dziegielewski.

Dyrektor Departamentu Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia Arkadiusz Kossowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja w kwestii Wrocławia. We wszystkich placówkach służby zdrowia, problem jest złożony. Świadczenia w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego są powszechnie uważane za świadczenia medyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na nie najwyższym poziomie, aczkolwiek stawki wynoszą od 5 tysięcy zł do przeszło 20 tysięcy zł za dobę. Wzór i sposób naliczania stawki dobowej w przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego można podzielić na dwa obszary: obszar świadczeń typowo sorowskich, przypisanych SOR, i obszar świadczeń umownie pozasorowskich, które niektórzy nazywają peozetowskimi albo wynikającymi z nocnej pomocy lekarskiej.

Szpital we Wrocławiu, jak państwo doskonale wiecie, jest bardzo dobrym szpitalem, o bardzo mocnej pozycji w mieście, w związku z czym przyciąga rzesze pacjentów, którzy nie kwalifikują się do typowego SOR. To automatycznie wpływa na strukturę pacjentów i automatycznie zmienia wartość świadczeń, ponieważ radykalnie zwiększyła się – pan generał o tym wspominał – grupa pacjentów umownie niesorowskich kosztem pacjentów urazowych; to automatycznie miało wpływ na wartość świadczeń.

Jeśli chodzi o świadczenia kardiologiczne, to – jak powszechnie państwo wiecie – fundusz zmienił wartość świadczeń w przypadku tak zwanej kardiologii interwencyjnej; to też miało wymierny efekt. Wynikało to z badań prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach współpracy z innymi podmiotami, szczególnie tymi, które nie miały z nami kontraktów; pewne procedury zostały przeszacowane. To powoduje, że w różnych obszarach podmioty różnie się zachowują.

Jeśli chodzi o nadwykonania, o których wspominał pan senator, to bardzo ściśle współpracujemy, jako pion mundurowy Narodowego Funduszu Zdrowia, z szefostwem służby zdrowia i z podmiotami, dla których organem nadrzędnym jest Minister Obrony Narodowej. Raz do roku, a czasami częściej, przekazujemy informację o sytuacji finansowej funduszu. Dyrektorzy podmiotów w tym zakresie mogą po-

dejmować racjonalną decyzję o tym, czy generują nadwykonania, czy nie, a jeśli tak, to z jakiego powodu je generują, a te decyzje wynikają z tego, czy podmiot ma podstawy, żeby to zrobić. Jak wiemy, sytuacja finansowa podmiotów, możliwość organizacji pracy dają niektórym możliwość pójścia w nadwykonania na pewnym kontrolowanym poziomie, a w niektórych przypadkach takiej możliwości nie ma; dyrektorzy podejmują racjonalne decyzje w tych sprawach. Jest komunikacja w tym zakresie, więc wszyscy mogą podejmować racjonalne decyzje. Dziękuję.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Panie Generale, proszę bardzo.

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski:

Odpowiadając czy też wspierając rozpoczętą już wypowiedź, chciałbym powiedzieć, że strata Wojskowego Instytutu Medycznego sięgająca w 2012 r. blisko 22 milionów zł to przypadek incydentalny. Znowu nie mogę sobie przypomnieć, żeby kiedykolwiek wcześniej, w poprzednich latach wystąpiła aż tak duża strata. Na ogół instytut ma zyski i – jak sobie przypominam – w poprzednich latach były to również zyski milionowe. Jeszcze raz powtórzę, że jest to nasz największy szpital: ponad tysiąc łóżek, kilkadziesiąt obszarów działalności, już nie chcę mówić o specjalnościach i podspecjalnościach, które są tam realizowane. Jest to również ośrodek niezbędny, jeśli chodzi o kształcenie kadry medycznej; mówimy o lekarzach. O ile istotnie rozdział kształcenia, który pokazywaliśmy również na slajdach, dotyczący ratownictwa medycznego... Bo to jest coś, na co zaczynamy stawiać w zakresie zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych; mam na myśli zabezpieczenie realizowane przez ratowników medycznych. Są również nasze działania legislacyjne w tym obszarze – dziękuję za ich wsparcie – żeby po pierwsze, właściwie mocować wojskowego... Przepraszam za słowo „wojskowego”, bo w medycynie nie ma różnicy: ratownik medyczny jest w mundurze albo bez munduru. Ci sami ratownicy, którzy dzisiaj noszą mundur w godzinach służbowych, od godziny 15:30 czy po godzinach służbowych często pracują dodatkowo w ramach państwowego ratownictwa medycznego. Chcemy, aby uprawnienia ratownicze – w tym przypadku mamy już zagwarantowaną przychylność Ministerstwa Zdrowia – były tożsame. Pójdźmy dalej. Ratownik medyczny realizujący swoje zadania w odosobnieniu, w warunkach misji bojowej, pokojowej – wynika to z doświadczeń, które zdobyliśmy w toku realizacji zadań w trakcie naszych misji zagranicznych – musi mieć pewną możliwość działania, zabezpieczoną również pod względem prawnym; chodzi o wykonywanie niektórych czynności, których normalnie w kraju prawdopodobnie nie będzie wykonywać. Tak samo realizują swoje działania ratownicy medyczni innych krajów. Mam tu na myśli armię Stanów Zjednoczonych.

Przejdę dalej. Jeśli chodzi o procenty, o które zapytał pan senator, to jest to dość złożony problem. Jeśli jest taki...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jestem w stanie przygotować materiał pisemnie i to chyba będzie najlepszy sposób przedstawienia, bowiem jest różnie w każdym podmiocie... Trzeba pamiętać, że podmiot korzysta ze swoich możliwości. Chodzi nie tylko o świadczenia podpisane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia; mam tu na myśli medycynę pracy, badania kierowców, badania na broń itd. Cały szereg świadczeń, które można w 100% uzyskać na zasadzie umowy z kontrahentem, jest bardzo chętnie... Rynek jest dość trudny pod tym względem, ale jest to wykorzystywane. Każdy podmiot, każda przychodnia stara się wykorzystać właśnie te obszary, żeby polepszyć swój wynik finansowy.

Jeśli zaś chodzi... Nie wiem, czy dobrze zanotowałem to pytanie. Panu senatorowi chodziło o dochody odnośnie do tych dodatkowych...

(Głos z sali: Tak, pozamedyczne.)

Pozamedyczne?

(Głos z sali: Pozamedyczne.)

W takim razie postaram się przygotować...

Tak samo, jeśli państwo senatorowie życzą sobie, żeby wyjaśnić szczegóły – bo takimi również dysponujemy – spraw dotyczących szpitala we Wrocławiu i naszego instytutu medycznego, o których dyskutowaliśmy tu już kilkakrotnie, to również możemy pisemnie, z podaniem szczegółowych danych liczbowych, przedstawić je państwu.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Generale.

Pan senator Kraska, a później pan senator Klich.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Generale, pan w swoim wystąpieniu wielokrotnie powtarzał, że nawet najlepsze mury, najlepszy sprzęt medyczny, tomograf, rezonans czy najlepsza sala operacyjna nic nie znaczą, jeżeli nie ma odpowiednich ludzi, odpowiedniej kadry medycznej. Ja bym się skoncentrował głównie na lekarzach wojskowych, bo – jak widzimy – ich niedobór jest dość duży... W tych tabelkach, które pan przedstawiał, w roku 2014 będzie pracowało około pięciuset lekarzy mniej niż wynika z potrzeb etatowych. Chwalebne jest to, że państwo widzicie coraz większą rolę ratowników medycznych, ale tak jak w służbie cywilnej ratownik medyczny w pewnym sensie niestety nie zawsze zastąpi lekarza. On przejmuje pewne sprawy, ale wydaje mi się, że jest to związane z tym, że ratownik medyczny jest zdecydowanie tańszym pracownikiem niż lekarz i dlatego tak to się odbywa. Ale chciałbym zmierzać do czego innego. Za kilka lat będzie już systematyczny napływ nowej kadry medycznej, jeżeli chodzi o lekarzy, dlatego że Wojskowa Akademia Medyczna będzie już ich dostarczała. W prezentacji pokazał pan, że jednak ciągle utrzymuje się tendencja do wypowiedziania służby przez lekarzy wojskowych. Mam pewne pytania. Jakie warunki trzeba spełnić, żeby lekarz wojskowy mógł wypowiedzieć służbę wojskową, czyli

żeby przestał pracować jako lekarz wojskowy? Czy według państwa głównym powodem rezygnacji z pracy w wojsku przez tych lekarzy jest czynnik finansowy, czy są jeszcze jakieś inne czynniki? Jakie dalsze kroki państwo planujecie, żeby jakoś zminimalizować lub ewentualnie całkiem zatrzymać tę tendencję?

Z czasów swojej kariery medycznej pamiętam, że lekarze wojskowi zawsze byli stawiani za wzór jako ci, którzy zarabiają najlepiej, którzy byli bardzo dobrze opłacani; chodzi nie tylko o kwestie finansowe, były jeszcze inne profity. Czy to się troszeczkę zmieniło i to powoduje, że lekarze wybierają jednak służbę cywilną, a nie wojskową? Dziękuję.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę bardzo, Panie Generale.

Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Piotr Dziegielewski:

Dziękuję bardzo.

Rozpocznę może nietypowo... Na tej sali wśród państwa znajduje się czterech lekarzy wojskowych, absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej. Dwóch jest w mundurach, dwóch już nie nosi mundurów. I teraz...

(Głos z sali: Będziemy zgadywać.)

(Wesołość na sali)

Pozwoliłem sobie na tę lekką dygresję, bowiem pan senator był uprzejmy zapytać o to, jakie warunki trzeba spełnić, żeby odejść ze służby. Takie same, jak w przypadku każdego żołnierza w służbie, czyli podjęcie decyzji, złożenie stosownego dokumentu do organu kadrowego zakończy się wypowiedzeniem stosunku służbowego. To nie jest jakiś specyficzna procedura dotycząca tylko lekarzy; każdy żołnierz może wypowiedzieć stosunek służbowy, zgodnie z przepisami, które dzisiaj obowiązują. Co to oznacza, jeśli chodzi o wojskową służbę zdrowia? Oczywiście mówiłem, że procent lekarzy, którzy składają wypowiedzenia, maleje, ale podawałem również przyczynę: zasób, spośród którego Wojskowa Służba Zdrowia rekrutuje dzisiaj kadrę medyczną, lekarzy wojskowych, również maleje. Przypomnę, że w 2010 r. – o tym także wspomnieliśmy w materiałach – ponad stu sześćdziesięciu, jeśli dobrze pamiętam liczbę, odeszło w ciągu jednego roku... Dzisiaj oczywiście jest to znacznie mniej, ale proszę pamiętać, że nie ma dopływu. Jesteśmy przygotowani... Czy też w czasach, kiedy funkcjonowały... Dzisiaj nie ma już Wojskowej Akademii Medycznej, jest Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który we współpracy z Wyższą Szkołą Oficerską Wojsk Lądowych we Wrocławiu kształci oficera lekarza. Dzisiaj absolwent tych dwóch uczelni otrzymuje i patent oficerski, i dyplom lekarski. Tak że to również troszeczkę uległo przemodelowaniu; takie są warunki: aby wstąpić do służby, trzeba być absolwentem wyższej szkoły oficerskiej. W tym przypadku tę funkcję pełni akurat Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych we Wrocławiu.

Czy proponujemy coś, co mogłoby zatrzymać lekarzy w służbie? Już nie chcę powtarzać tej części, która dotyczyła procesu specjalizacji czy też całego systemu legislacyjnego odnośnie do wsparcia procesu specjalizacji lekarzy w jednostkach. To, że lekarz ma wyraźne zagwarantowany, w tym wypadku rozporządzeniem – cytowałem fragmenty tych rozporządzeń – sposób realizacji specjalizacji, łącznie z określeniem czasu, w którym ma ją realizować, to duże osiągnięcie w tym obszarze. Czyli stało się to obowiązkiem służbowym lekarza, wynika to z przepisów. Nie myślimy już o tym, że będziemy to realizować. Przypominam sobie okres, że kiedy się szkoliłem i podnosiłem kwalifikacje, kiedy się specjalizowałem, to zawsze musiało to być w jakiś sposób godzone z obowiązkami w jednostce wojskowej. Ja na szczęście miałem dobrych dowódców – całe moje życie wojskowe tak przebiega – jednak wiem, bo rozmawiam z kolegami, z koleżankami, dostaję sygnały, że nie wszyscy podchodzili z takim zrozumieniem do potrzeby kształcenia, podnoszenia kwalifikacji. A proces podnoszenia kwalifikacji... Znowu, jeśli popatrzymy... Dzisiaj w strukturze cywilnej lekarzy rezydentura – tak jest to powszechnie nazywane – to nic innego, jak z środków finansowanych, o których pan minister był uprzejmy tu mówić... Pójście w określonym czasie – mam tu na myśli czas specjalizacji – do określonego podmiotu, szpitala i realizowanie tam nauki, szkolenia itd. to jest to, o czym każdy marzy, jeśli chodzi o posiadanie dyplomu lekarza. Niestety, przyjmując na siebie obowiązek noszenia munduru, musimy pamiętać również o tym, że w wojsku są jeszcze rozkazy, polecenia, są zadania wynikające ze służby itd. W związku z tym to także... Pan senator pytał, czy tylko problem finansowy... Próbuję powiedzieć, że to obciążenie obowiązkami również nie jest tak bardzo zachęcające do wstępowania dzisiaj w szeregi służby.

Aczkolwiek jestem dobrej myśli i cały czas żywię nadzieję, że te wszystkie działania naprawcze, między innymi odtworzenie systemu szkoleniowego od pierwszego roku studiów – mówiłem już dzisiaj o tym – a więc zachęcanie i kształtowanie postaw wśród koleżanek i kolegów, którzy zdecydowali się założyć mundur, przyniesie taki efekt, że zwiążą się z tą służbą i będą chcieli ją kontynuować, nie tylko patrząc przez pryzmat zrobienia specjalizacji, uzyskania jakichś środków finansowych. Prawdą jest, że drzewiej bywało, że porównania między zarobkami części lekarzy w mundurach a zarobkami lekarzy bez mundurów były różne, wtedy na korzyść lekarzy żołnierzy, jednak dzisiaj ta proporcja się odwraca. Śmiem nawet twierdzić, że jeśli przy jednym stole operacyjnym wykonują wspólnie zabieg operacyjny kolega, który do niedawna nosił mundur i zrezygnował ze służby, oraz lekarz w mundurze, to uposażenie tego pierwszego może być wyższe, a jeśli jest on specjalistą wysokiej klasy, to może być ono dużo wyższe niż uposażenie lekarza w mundurze mającego stopień oficerski. Ta dysproporcja finansowa oczywiście była przeze mnie wskazywana jako jeden z głównych powodów, aczkolwiek – jak widać – niejedyny. Remedium na to... Oczywiście nie ma takiej siły sprawczej, żeby natychmiast podnieść uposażenie. Owszem, w siłach zbrojnych – może nie zaakcentowałem tego zbyt wyraźnie, ale znajdziecie to państwo w materiałach – funkcjonuje również system

dotyków i lekarzom wojskowym te dodatki także są przyznawane. Możemy się sprzeczać czy też dyskutować o wysokości dodatkowych uposażeń, które są wypłacane z tytułu pełnienia służby... Przypomnę, że w tej chwili dodatki funkcjonują tylko w przypadku lekarzy, którzy zajmują stanowiska w jednostkach wojskowych; te dodatki nie dotyczą lekarzy pracujących w szpitalach i w instytutach badawczych. W ostatnim czasie zaproponowałem, żeby takimi dodatkami objąć również kolegów i koleżanki, którzy będą pracować lub już pracują w instytutach i szpitalach. To też podniesie, że tak powiem... Szpital jest naturalnym poligonem. Żołnierz na co dzień ćwiczy czy wykonuje swoje zadania w warunkach poligonowych, na poligonach leśnych, a w przypadku lekarza to szpital jest takim poligonem; tak to postrzegamy.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Generale.
Pan senator Klich.

Senator Bogdan Klich:

Ja do pana ministra... W wypowiedzi generała Dziegielewskiego zabrzmiał mi bliski i chyba znaczący element... To znaczy, pan przywołał, Panie Generale, model amerykański, jeżeli chodzi o misje zagraniczne. Czy resort pracuje nad poszerzeniem kompetencji ratowników medycznych, jeżeli chodzi o misje zagraniczne i jeżeli chodzi o zabezpieczenie opieki medycznej na czas, w którym jednostki wojskowe uczestniczą w ćwiczeniach? Co prawda, budzi to opór w środowisku lekarskim, jednak jest to jedno z tych remediów, które mogłyby zostać zastosowane w przypadku niedoboru wykwalifikowanego personelu medycznego na misjach wojskowych. W tej chwili jest przerwa strategiczna w działaniach poza granicami kraju, ale nie wiadomo, jak długo ona się utrzyma. Czy pracują państwo teraz nad jakimiś zmianami w obowiązującym prawie? Dziękuję.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo.
(*Sygnal telefonu komórkowego*)
Panie Ministrze, proszę bardzo.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Maciej Jankowski:

Przepraszam za telefon trzeciego ministra.

Pracujemy nad tym, ale to nie jest na takim etapie, jak projekt zmiany ustawy o weteranach, który już wyszedł z resortu i wniosek został skierowany do Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu. W tym przypadku trwają jeszcze prace w ramach ministerstwa, wewnętrzne. Tak że odpowiedź brzmi: tak, ale to nie jest jeszcze bardzo zaawansowane.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Już kończąc chyba, pan senator Grubski...

Senator Maciej Grubski:

Mam króciutkie pytanie. Panie Generale, jaka jest wysokość tego dodatku, o którym pan wspominał? On jest procentowy czy ...

(Głos z sali: To jest dodatek procentowy.)

Czy on bardzo zbliża do wynagrodzeń... Założmy – nie wiem – że chirurg w porównaniu z chirurgiem w mundurze... Założmy, że chirurg cywilny zarobi 10 tysięcy zł, a ile może zarobić na przykład z podobnym stażem...

(Wesołość na sali)

(Głos z sali: Nie.)

Nie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chirurg cywilny zarabia 20 tysięcy zł. Dobrze. To ile zarobi...

(Głos z sali: Ale na ilu posadach, Panie Senatorze?)

Nieważne. Chodzi mi o to, jak ludzie mogą... No, żeby też samopoczucie ludzi było dobre.

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Dodatek jest udzielany procentowo od określonego uposażenia bazowego... Jest on wyższy w skali procentowej w przypadku lekarzy, którzy pełnią służbę czynnie, w tak zwanej linii, czyli są w jednostkach wojskowych; on wynosi – są wskaźniki – od 0,3 do 0,5 wskaźnika. W przypadku takich lekarzy jak ja, którzy gros czasu spędzają za biurkiem, są administratorami, dodatek jest niższy i wynosi od 0,1 do 0,3. Żadnego dodatku nie dostają dzisiaj koledzy i koleżanki lekarze, którzy pracują w instytutach i szpitalach należących do Ministerstwa Obrony Narodowej.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Niestety takie są warunki. Oczywiście sieć dodatków obejmuje tylko i wyłącznie lekarzy. Myślimy również o tym, żeby wskazać kolejną grupę zawodową; chodzi o ratowników medycznych.

Uzupełniając wypowiedź pana ministra, a odpowiadając na zapytanie pana ministra Klicha, chciałbym powiedzieć, że jeśli chodzi o obszar aktywności prawnej, to zmierzamy w dwóch kierunkach. Pierwszy to praca, o której już mówiłem: wspólnie z Ministerstwem Zdrowia modyfikujemy zapisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, szczególnie w obszarze dotyczącym zrównania funkcjonowania ratownika pod względem prawnym z systemem... Uważam, że nie może być takiej sytuacji, że ratownik, który z mocy ustawy jest wymieniany jako współpracujący z systemem, nie ma umiejętności czy też nie wykorzystuje posiadanych umiejętności i wiedzy na takim samym poziomie, jak gdyby był w systemie. To pierwsza sprawa.

Drugi kierunek to Społeczny Komitet Ratowników Medycznych; on też realizuje swoje przedsięwzięcia. Inicjatywa legislacyjna w tym obszarze chyba została przejęta, jeśli dobrze pamiętam, przez...

(Głos z sali: Przez Sejm.)

Tak, została przejęta przez Sejm. My również w tym partycypujemy, ponieważ tenże projekt miałby normować zasady funkcjonowania zawodu ratownika medycznego...

(Głos z sali: W samorządzie jest...)

Tak, dokładnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

W tym dokumencie, który państwo przedstawiliście, wskazane są również inne obszary, w których potrzebne są zmiany legislacyjne. W przypadku tych pozostałych, jeżeli chodzi o państwa działalność... Czy one są dopiero w fazie koncepcyjnej i na poziomie ministerstwa, czy też już coś się dzieje? Bo przecież jeżeli są potrzebne doraźne zmiany, to Senat ma inicjatywę legislacyjną i również może się nad tymi kwestiami pochylić. Państwo wskazujecie, że jest chociażby konieczność wprowadzenia zmiany zapisów dotyczących gospodarki materiałami medycznymi, lekami, nowelizacji prawa farmaceutycznego, nowelizacji prawa w kierunku jak najpełniejszego zabezpieczenia potrzeb wynikających z ustawy o weteranach; no, o tym już tutaj wspomniano. Ale jest kwestia dotycząca dostosowania przepisów i pełnego wdrażania na obszarze – jak to państwo ujęliście – osłony profilaktycznej i sanitarnej dla potrzeb sił zbrojnych. To są obszary – oprócz już przywoływanych spraw związanych z ratownictwem medycznym – które należałoby zmienić. Na jakim to jest etapie?

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Panie Przewodniczący, dodałbym jeszcze, że istotną sprawą jest sprawa dotycząca ustawy o działalności leczniczej. Jako pierwszą bym ją wymienił. W tej chwili prace w tej sprawie są na etapie wskazania, jakie obszary nam, jako siłom zbrojnym, są potrzebne w zakresie tej nowelizacji. Teraz trwa korespondencja na zasadzie wymiany pism między poszczególnymi...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, resortami. Nawet staramy się w ramach codziennej współpracy z poszczególnymi komórkami, zarówno inspektoratu, jak i Ministerstwa Zdrowia, wypracować już jakiś proces. Jak państwo wiecie – to przecież nie jest żadna tajemnica – ciągle trwają prace we wszystkich tych obszarach. Muszę przyznać, że codziennie są nowe wyzwania, jeśli chodzi o funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia, która nieustannie musi gonić – słowo „gonić” może nie jest najlepsze – dostosowywać swój system działania do przepisów, które tak naprawdę pierwotnie są tworzone z myślą o placówkach cywilnych.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Zanim oddam na zakończenie głos panu przewodniczącemu Muchackiemu, jeszcze kwestia dotycząca utrzymywania w pełnej gotowości łóżek, które są, a nie są finansowane. W jaki sposób to się odbywa? Czy szpitale z własnych środków finansowych muszą utrzymywać tę rezerwę, czy też jest to refinansowane przez ministerstwo? Bo, jak rozumiem, na pewno nie przez NFZ. Jak to wygląda?

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Panie Przewodniczący, w tym obszarze nie ma odrębności jakiegokolwiek finansowania, choć szpitale wojskowe, a zwłaszcza te, którym przydzielono zadania związane z funkcjonowaniem w czasie wojny i kryzysu, otrzymują specjalne środki na funkcjonowanie tej części związanej z mobilizacją, z zadaniami – tak to nazwijmy – na potrzeby przekształcania placówki funkcjonowania w obwodzie.

Co do ponoszenia kosztów – tak rozumiem to pytanie – związanych na przykład z przygotowaniem rezerwy łóżkowej, która miałaby być rozwinięta przez resort obrony, to dzisiaj bardzo trudno sfinansować taką rezerwę, jaka wynika z naszych wyliczeń, jeśli chodzi o potrzeby w sytuacji kryzysowej.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Moje pytanie nie jest przypadkowe. Przygotowujemy się do dość dużego posiedzenia komisji dotyczącego działań podejmowanych przez wszelakie służby na wypadek „W”. I to jest również na pewno jeden z elementów, który byśmy chcieli lepiej poznać w trakcie posiedzenia niejawnego, bo jest również kwestia...

**Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Piotr Dziegielewski:**

Oczywiście. Dlatego nie o wszystkim możemy tutaj otwarcie mówić, ale rzeczywiście te zadania w części są finansowane i są one ściśle określone. Co roku są one wyszczególniane i znajdują się w budżecie ministra obrony. Niestety nie ponosimy kosztów utrzymywania tego typu pustych – jak pan senator to określił – czy wolnych łóżek na tę okoliczność.

Większość podmiotów stara się – zresztą to też jest jeden z elementów programu naprawczego – nie mieć tych pusto stojących łóżek. Mało tego, jednym ze wskaźników – już nie chcę przedłużać spotkania – jest liczba pacjentów, którzy są leczeni w ciągu określonego czasu, czyli

liczba wykorzystanych łóżek, liczba świadczeń medycznych udzielonych na jedno łóżko, na jednego pacjenta. To wszystko to wskaźniki, które dają informacje o wydolności podmiotu w strukturze, jeśli chodzi o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Trudno by było dzisiaj postawić nawet doskonały szpital, pięknie wyposażony w sprzęt i jeszcze do tego prosić, żeby pracowała tam kadra, i jednocześnie nie wykorzystywać sytuacji związanej z kontraktowaniem. Byłoby to po prostu trudne, nie mówiąc już o opłacalności; byłoby to praktycznie niemożliwe do udźwignięcia przy tej skali potrzeb.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Pan przewodniczący Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Ja króciutko... Panie Generale, myślę, że zarówno pan przewodniczący Skurkiewicz, jak i ja deklarujemy pomoc w projektach zmian legislacyjnych i na pewno jesteśmy do dyspozycji. Może na koniec powiem tak: jestem tylko starszym szeregowym podchorążym, bo nigdy, z różnych względów, nie dostałem awansu na podporucznika po poligonie. Jednak muszę powiedzieć, że bardzo sobie cenię tę informację, jest ona rzetelna, dobra, przejrzysta i ja, jako niewojskowy, wiele się z niej dowiedziałem. W przypadku wielu spraw nie miałem – że tak powiem – większej znajomości problemu i za to państwu, panu ministrowi, panu generałowi, serdecznie dziękuję.

Panie Przewodniczący, myślę, że wspólnie możemy chyba...

(Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz: Podziękować...)

...i zakończyć posiedzenie.

Przewodniczący Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję.
Kończymy posiedzenie połączonych komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 19 minut 05)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii