

# Aneta Dębska

---

## Wojskowa służba zdrowia – wybrane problemy funkcjonowania

---

Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej nr 3, 33-42

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

AUTOR  
mgr Aneta Dębska

RECENZENT  
dr hab. Ryszard Chrobak

## **WOJSKOWA SŁUŻBA ZDROWIA – WYBRANE PROBLEMY FUNKCJONOWANIA**

*„Salus aegroti suprema lex esto”  
Zdrowie chorego najwyższym prawem*

Niniejsza publikacja ma na celu przedstawienie istoty oraz wybranych problemów funkcjonowania wojskowej służby zdrowia.

Wojskowa służba zdrowia należy do najstarszych rodzajów służb w Wojsku Polskim. Tradycje udzielania pomocy medycznej rannym i chorym sięgają wczesnego średniowiecza. Rozwojowi sztuki wojennej towarzyszył postęp sztuki medycznej, zaś wybitni władcy, tacy jak np. Stefan Batory zdawali sobie sprawę ze znaczenia opieki medycznej dla zapewnienia ciągłości działań wojsk i utrzymania ich morale. To właśnie Batorego uważa się za twórcę zorganizowanego systemu ochrony zdrowotnej w wojsku. Jednakże przełomowe znaczenie miały decyzje i działania podjęte pod koniec XVIII wieku. W 1775 r. Sejm podjął uchwałę o ustanowieniu stanowiska generał-sztabs-medyka, stawiając go na czele wojskowej służby zdrowia i określając obowiązki. W 1790 r. król Stanisław August powołał na to stanowisko dr. Michała Bergonzoniego – wybitnego lekarza pochodzenia włoskiego, któremu podporządkowano „generał-sztabs-chirurga”. Bergonzoni kierował pierwszą komórką sztabowo-dowódczą służby zdrowia – Wydziałem Lekarskim. Kluczowe znaczenie miało utworzenie centralnego szpitala wojskowego na terenie Zamku Ujazdowskiego w Warszawie. Szpital, w naturalny sposób, stał się wkrótce placówką, w której medycy wojskowi doskonalili swoje umiejętności zawodowe.

W roku 1809 powołano Wydział Akademicko-Lekarski, zwany też Akademią Lekarską Warszawską, którego zadaniem było szkolenie lekarzy i farmaceutów dla potrzeb armii i administracji państwowej. Problemy kadrowe towarzyszyły także funkcjonowaniu służby sanitarnej Królestwa Kongresowego. Główną rolę w kształceniu i doskonaleniu zawodowym kadr wojskowej służby zdrowia odgrywał wspomniany wcześniej Wydział Akademicko-Lekarski, który jako Wydział Lekarski został w 1817 r. włączony do Uniwersytetu Warszawskiego. Wkrótce potem, decyzją Komisji Rządowej Wojny, wprowadzono system stypendialny, subsydiujący wybranych stu-

dentów, którzy po uzyskaniu dyplomu musieli odsłużyć sześć lat w wojsku. Warszawska Alma Mater zapewniła wielu lekarzy armii powstania listopadowego. Do wojska skierowano też wszystkich studentów Wydziału Lekarskiego, zaś na czele służby medycznej w randze generała-sztabslekarza stanął, kierujący Kliniką Terapeutyczną (katedrą chorób wewnętrznych) prof. Karol Kaczkowski, który okazał się wybitnym organizatorem i znakomitym dowódcą. Na wzmiankę zasługuje także szkoła felczerów funkcjonująca w okresie Królestwa Kongresowego i powstania listopadowego na terenie Głównego Szpitala Wojskowego na Ujazdowie. Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. odrodzeniu Wojska Polskiego towarzyszyła odbudowa służby sanitarnej, a co za tym idzie konieczność ustanowienia systemu naboru i kształcenia kadr medycznych. Już w grudniu 1918 r. powołano Wojskową Radę Sanitarną (później przekształconą w Wojskowy Instytut Sanitarny), odpowiedzialną m.in. za kształcenie i doskonalenie kadr medycznych.

Przełomem okazało się dopiero utworzenie w 1922 r. w Warszawie, na terenie Szpitala Ujazdowskiego, Wojskowej Szkoły Sanitarnej, połączonej następnie z Wojskowym Instytutem Sanitarnym w Oficerską Szkołę Sanitarną. W kolejnych latach nastąpiło jej przekształcenie w Szkołę Podchorążych Sanitarnych (SPSan). W 1930 r. miała miejsce ostatnia reorganizacja – powołano Centrum Wyszkożenia Sanitarnego (CWSan), w którego skład weszła SPSan i Szpital Szkolny. Komendant CWSan posiadał uprawnienia dowódcy dywizji, co świadczyło o randze placówki. Niezależnie od zmian nazwy i przekształceń strukturalnych Centrum, obowiązywał dwutorowy system kształcenia, tj. przedmioty wojskowe i wojskowo-medyczne były wykładane w szkole, zaś studia medyczne realizowane na Wydziale Lekarskim lub Farmaceutycznym Uniwersytetu Warszawskiego. Z czasem wzrastała również rola Szpitala Ujazdowskiego jako placówki kształcenia dyplomowego oraz miejsca prowadzenia działalności naukowo-badawczej. Na podkreślenie zasługuje bardzo dobra współpraca z Uniwersytetem Warszawskim i wysoka ocena postawy podchorążych.

Po upadku Polski w 1939 r., na Zachodzie Europy funkcjonowały ośrodki kształcące kadry medyczne dla Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie, z których najważniejszym był niewątpliwie Polski Wydział Lekarski na Uniwersytecie w Edynburgu w Szkocji (1941–1949). Nie sposób również pominąć znaczenie tajnego nauczania medycyny zapoczątkowanego w Warszawie już w listopadzie 1939 r., prowadzonego też na tajnym Uniwersytecie Ziemi Zachodnich. Wielu adeptów studiów konspiracyjnych zasiliło służbę zdrowia podziemnych organizacji zbrojnych, a także wzięło udział w Powstaniu Warszawskim.

Zakończenie II wojny światowej wiązało się z istotnymi zmianami w szkolnictwie wojskowo-medycznym. Jeszcze w 1944r. utworzono na Uniwersytecie w Lublinie Katedrę Medycyny Wojskowej, której funkcję przejęła założona w Łodzi Wojskowo-Medyczna Szkoła Felczerów. W roku 1950 utworzono przy

łódzkiej Akademii Medycznej Fakultet Wojskowo-Medyczny. W końcu w 1958 r. powołano Wojskową Akademię Medyczną. Idea utworzenia odrębnej uczelni medycznej dla potrzeb wojska nie zrodziła się bynajmniej po wojnie. Przeciwnie, powstanie WAM było urzeczywistnieniem pomysłów postulowanych już przez lekarzy legionowych, a rozważanych poważnie przed wybuchem II wojny światowej. WAM, na początku swojej działalności, korzystała z zasobów cywilnej Akademii Medycznej w Łodzi. Z czasem rozwijano własną bazę naukowo-dydaktyczną i kliniczną. Jej trzon stanowiły Centralne Szpitale Kliniczne: w Łodzi przy ul. Żeromskiego oraz w Warszawie przy ul. Szaserów. Program kształcenia studentów WAM obejmował przedmioty medyczne w pełnym zakresie przewidzianym dla odpowiednich wydziałów uczelni medycznych, przedmioty ogólnowojskowe oraz wojskowo-medyczne. Szpital w Warszawie stał się głównym ośrodkiem kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych. Akademia osiągnęła istotną pozycję naukową, dydaktyczną oraz leczniczą.

Restrukturyzacja SZ RP prowadzona w latach 90. oraz związana z nią znaczna redukcja liczebności armii była przyczyną przekształcenia WAM w uczelnię wojskowo-cywilną. Dalsza reorganizacja, w tym radykalna zmiana funkcjonowania wyższego szkolnictwa wojskowego, spowodowała wstrzymanie kształcenia lekarzy wojskowych oraz połączenie WAM z cywilną Akademią Medyczną w Łodzi w Uniwersytet Medyczny. Doprowadziło to do likwidacji uczelni. W strukturze UM w Łodzi powołano Wydział Wojskowo-Lekarski, który w programie nauczania uwzględnia specyfikę potrzeb medycznych SZ. Jednocześnie na bazie Centralnego Szpitala Klinicznego WAM w Warszawie utworzono Wojskowy Instytut Medyczny, w którego skład weszły także niektóre zakłady teoretyczne dotychczasowej WAM (w Łodzi i w Gdyni). Powstanie WIM umożliwiło zachowanie kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych oraz kontynuację działalności naukowo-badawczej w obszarach nauk klinicznych oraz wojskowo-medycznych<sup>1</sup>.

Wojskowa służba zdrowia jest ściśle powiązana z cywilną służbą zdrowia, od której działania zależy dobry stan zdrowotny uzupełnień, stan sanitarno-higieniczny środowiska otaczającego wojsko, a w czasie wojny rozwój bazy materiałowej tyłów. Cywilna służba zdrowia w czasie wojny przejmuje do dalszego leczenia rannych i chorych ewakuowanych z zakładów WSZ, a także zajmuje się uzupełnianiem jej kadry. W czasie pokoju organizacja służby zdrowia dostosowana jest do stacjonarnego systemu pracy<sup>2</sup>.

Zgodnie ze „Szczegółowym zakresem działania Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia” wojskowa służba zdrowia zajmuje się organizowaniem systemu zabezpieczenia medyczno-sanitarnego personelu Sił Zbrojnych RP

---

<sup>1</sup> <http://www.iwsz.wp.mil.pl/pl/46>.

<sup>2</sup> *Mała encyklopedia wojskowa*, tom III (R–Ż), Wyd. MON, Warszawa 1971, s. 166.

w czasie pokoju i przygotowaniem jednostek medycznych do wykonywania zadań na wypadek kryzysu i wojny<sup>3</sup>.

Do głównych zadań wojskowej służby zdrowia należy:

- utrzymanie i wzmacnianie stanu zdrowotnego składu osobowego Sił Zbrojnych przez dobór do wojsk zdolnych do służby wojskowej obywateli, stałą kontrolę ich stanu zdrowia, wczesne wykrywanie i leczenie zachorowań, nadzór nad wychowaniem fizycznym i szkoleniem;
- zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne wojsk poprzez nadzór nad higieną zakwaterowania, żywienia, pracy, zaopatrzenia w wodę, higienę osobistą itp., szczepienie ochronne, wykrywanie i izolację chorych zakaźnie, stosowanie reżymu przeciwepidemicznego, prowadzenie oświaty sanitarnej;
- prowadzenie szkolenia sanitarnego w zakresie udzielania pierwszej pomocy i szkolenie medyczne personelu Sił Zbrojnych pod względem fachowym i wojskowo-medycznym oraz umiejętności działania w warunkach polowych w ramach systemu leczniczo-ewakuacyjnego;
- przygotowanie Sił Zbrojnych pod względem materiałowym i mobilizacyjnym na wypadek wojny;
- prowadzenie prac naukowo-badawczych mających na celu znalezienie najlepszych metod zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie pokoju i wojny.

W warunkach współczesnej wojny podstawowym zadaniem służby zdrowia jest utrzymanie przy życiu jak największej liczby rannych i chorych, jak najszybsze przywrócenie im zdolności bojowych lub zdolności do pracy, ograniczenie do minimum inwalidztwa oraz utrzymanie na najwyższym poziomie zdolności bojowej wojsk i zabezpieczenie medyczne działań bojowych. Wykonanie tych zadań na poziomie wymagań współczesnej nauki medycyny napotyka duże trudności spowodowane masowością strat, ich różnorodnością i ciężkością uszkodzeń ciała wywołanych nowymi środkami rażenia. Praca służby zdrowia odbywa się w złożonych i zmiennych warunkach sytuacji bojowych, najczęściej w warunkach polowych, przy stałym zagrożeniu personelu służby zdrowia i ratowania rannych.

Wojskowa służba zdrowia wykonuje swoje zadania opierając się na ujednoliconych zasadach postępowania na czas pokoju i wojny, zawartych w regulaminach i instrukcjach<sup>4</sup>.

Współczesny system finansowania wojskowej opieki zdrowotnej oparty jest o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, przy niewielkim wsparciu ze strony Ministerstwa Obrony Narodowej. Jednak wysokość uzyskiwanych przychodów z NFZ nie pozwala na spełnienie wszystkich wysuwanych

---

<sup>3</sup> Decyzja Nr 333 Ministra Obrony Narodowej z 11 lipca 2008 roku w sprawie nadania szczegółowego działania Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.

<sup>4</sup> Mała encyklopedia wojskowa, op. cit.

postulatów płacowych. Problem stanowią też nieopłacone przez NFZ nadlimity wykonanych świadczeń.

Starania resortowych placówek, podjęte w celu uzyskania możliwie maksymalnych stawek za punkty mają swoje uzasadnienie w tym, że oprócz zadań z medycznej działalności statutowej realizują również zadania z zakresu zabezpieczenia stanów kryzysowych oraz mobilizacyjnego rozsunęcia zabezpieczenia Sił Zbrojnych RP w Obwodach Profilaktyczno-Lecznicznych<sup>5</sup>. Resortowe placówki mają ponadto ograniczony dostęp do środków finansowych wydzielanych w ramach funduszy strukturalnych z budżetu UE. Projekty zgłaszane przez wojskowe placówki ochrony zdrowia są odrzucane lub przesuwane na ostatnie miejsce w rankingu już we wstępnej fazie oceny formalnej wniosków<sup>6</sup>.

W ostatnich latach wojskowa służba zdrowia podlegała głębokim przemianom organizacyjnym i funkcjonalnym wynikającym zarówno z procesu restrukturyzacji Sił Zbrojnych RP, jak również z konieczności dostosowania do zmieniających się realiów systemu ochrony zdrowia w państwie. Głównym celem tych przemian jest zapewnienie zdolności do zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych na obszarze kraju i poza jego granicami – w ramach operacji sojuszniczych i koalicyjnych<sup>7</sup>.

Obecna struktura stacjonarnego wojskowego systemu zabezpieczenia medycznego oparta jest na 3 wojskowych szpitalach klinicznych, 15 szpitalach wojskowych, 5 wojskowych szpitalach uzdrowiskowych, 3 jednostkach badawczo rozwojowych, 31 wojskowych specjalistycznych przychodniach lekarskich oraz 28 komisjach lekarskich.

W ramach reorganizacji systemu planuje się przekazane poza resort obrony narodowej 12 Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz 2 wojskowych szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych. Zintegrowane zostaną także dwa szpitale wojskowe. Ocenia się, że zmniejszenie aktualnie utrzymywanego stacjonarnego potencjału zapewni dostosowanie go do potrzeb zabezpieczanych rodzajów i komponentów Sił Zbrojnych, a także umożliwi lepsze wykorzystanie, poprzez koncentrację posiadanych zasobów. Uwolnione w ten sposób siły i środki pozwolą na wzmocnienie Wojskowych Szpitali Polowych, zabezpieczających żołnierzy wykonujących zadania w misjach i operacjach poza granicami kraju.

Docelowo stacjonarny wojskowy system zabezpieczenia medycznego planuje się oprzeć na bazie 8 wojskowych zakładów opieki zdrowotnej, które będą funkcjonować jako instytucje gospodarki budżetowej, tworząc osiem Obwodów Profilaktyczno – Lecznicznych. Zakłada się, że integracja

---

<sup>5</sup> Obwód stanowi wydzielony obszar kraju, który swoim zasięgiem pokrywa obszar administracyjny jednego lub większej liczby województw, na którym rozmieszczone są zakłady opieki zdrowotnej wojskowej służby zdrowia.

<sup>6</sup> <http://www.gazetalekarska.pl/res/img/img/oil/oil72/gazeta/n200804/n200804>.

<sup>7</sup> <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ5.nsf/main/19FC0E8E>.

posiadanego potencjału spowoduje lepsze jego wykorzystanie, racjonalne i oszczędne gospodarowanie oraz poprawi opiekę medyczną nad żołnierzami.

Ponadto, w garnizonach wojskowych planowana jest racjonalizacja struktur medycznych polegająca na połączeniu funkcjonujących w nich izb chorych i ambulatoriów. Integracja sił i środków służby zdrowia zapewni opiekę na wyższym poziomie.

Natomiast koncentracja lekarzy w jednej placówce umożliwi realizację programów ich szkolenia specjalistycznego oraz spowoduje redukcję kosztów w zakresie sprzętu i wyposażenia medycznego, a także właściwe utrzymanie infrastruktury<sup>8</sup>.

Utrzymanie wysokiego stanu zdrowia żołnierzy wymaga sprawnie działającego systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych, zarówno w okresie pokoju, jak i podczas operacji wojskowych. Dokumenty normatywne NATO określają standardy w zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk, gdzie jakość pomocy medycznej świadczonej przez wojskową służbę zdrowia, w tym także podczas ćwiczeń czy operacji wojskowych ma odpowiadać standardom krajowej opieki zdrowotnej okresu pokoju. Zapewnienie odpowiednich standardów wymaga posiadania wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego oraz systemu doskonalenia kadr medycznych gwarantującego stałe podnoszenie umiejętności zawodowych.

Przeobrażenia w systemie ochrony zdrowia, nowy system specjalizacji, komplikujący proces doskonalenia zawodowego szczególnie lekarzy w jednostkach, likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej, zmiany w funkcjonowaniu i ograniczenie liczby szpitali wojskowych doprowadziły do powstania sytuacji wcześniej niespotykanej – niedoboru kadr w wojskowej służbie zdrowia. Planowany system pozyskiwania kadr spośród absolwentów uczelni cywilnych nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Ze względu na bardziej korzystne możliwości pracy w UE, a także niepewną przyszłość związaną z brakiem perspektyw zawodowych i finansowych, pozyskiwanie odpowiednio wykwalifikowanych kadr z zewnątrz wydaje się aktualnie mało prawdopodobne. Włączenie wojska w system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stało się wbrew temu, jak przewidywano, lekiem na problemy wojskowej służby zdrowia.

Pozbawiono żołnierzy i kadrę (także wszystkich dotychczasowych podopiecznych) opieki lekarzy wojskowych. Cywilni lekarze pierwszego kontaktu nie zawsze są w stanie zrozumieć specyfikę służby wojskowej i jej realia. Utworzenie w 2005 roku Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w jednostkach wojskowych przywróciło (przynajmniej teoretycznie) możliwość ponownego objęcia podstawową opieką zdrowotną żołnierzy służby czyn-

---

<sup>8</sup> Informacja o planowanych zmianach dyslokacyjnych wynikających z programu rozwoju Sił Zbrojnych RP w lata 2007–2012 oraz jego aneksów.

nej przez lekarzy jednostek. Zawieranie przez lekarzy wojskowych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia stwarza bardzo często w obecnej strukturze organizacyjnej trudności z realizacją przedsięwzięć związanych z zabezpieczeniem medycznym jednostki wojskowej, zwłaszcza w czasie ćwiczeń. Niekorzystnym tego efektem jest obserwowany brak zainteresowania lekarzy jednostek wojskowych uzyskiwaniem statusu lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ – pieniądze są same, natomiast obowiązków dużo więcej.

W obecnym systemie organizacyjnym wojskowa służba zdrowia nie jest w Siłach Zbrojnych postrzegana najlepiej. Odnosi się to zarówno do przełożonych służbowych, którzy uważają, że źle funkcjonuje, a także do samych zainteresowanych – co potwierdzają pogłębiające się braki kadrowe.

Dlatego należy zastanowić się, czy wojskowa służba zdrowia, szczególnie w jednostkach wojskowych (brak lub znaczne utrudnienia w podnoszeniu kwalifikacji, niskie etaty, brak jasnych perspektyw rozwojowych) ma pozostawać w obecnym stanie organizacyjno-prawnym, czy należy poszukiwać nowych rozwiązań i sukcesywnie je wprowadzać. Tylko silne struktury kierownicze odpowiednio umocowane w Ministerstwie Obrony Narodowej i wyposażone w niezbędne fundusze wydzielone jako rodzaj wojsk, zapewniają efektywne funkcjonowanie i rangę służby. Świadczą o tym przykłady innych armii NATO, np. Bundeswehry<sup>9</sup>.

Kolejną kwestią, z którą boryka się Wojskowa Służba Zdrowia są problemy dotyczące szkolenia kadr medycznych. Warto zauważyć, że obecnie wojsko niewiele oferuje, aby przyciągnąć najlepszą kadrę medyczną kształconą przez krajowe uczelnie. Pod koniec XX wieku takimi czynnikami motywacyjnymi były:

- pensje wyższe niż w cywilnej służbie zdrowia – współcześnie są niższe i równoważone przez wprowadzane podatki;
- dodatki finansowe za podnoszenie kwalifikacji (specjalizacje medyczne) – obecnie nie ma delegacji ustawowej w tej sprawie;
- mieszkanie służbowe z możliwością wykupienia po preferencyjnej cenie – teraz lekarze otrzymują tylko mieszkanie funkcyjne na czas pełnienia służby oraz małą odprawę mieszkaniową w chwili zwolnienia z zawodowej służby wojskowej;
- możliwość zdobywania specjalizacji medycznych we wszystkich szpitalach wojskowych lub cywilnych – dziś lekarze muszą konkurować o miejsce specjalizacyjne z lekarzami spoza wojska;
- opieka zdrowotna dla całej rodziny w wojskowym zakładzie leczniczym na priorytetowych zasadach – obecnie lekarz wojskowy i jego rodzina są traktowani na równi z osobami spoza wojska zgodnie z założeniami NFZ<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil72/gazeta/numery/n2006/n200601/n20060124>.

<sup>10</sup> [http://www.iwspesz.wp.mil.pl/pl/30\\_317](http://www.iwspesz.wp.mil.pl/pl/30_317).



Najwięcej kłopotu stwarza jednak rozpoczęcie specjalizacji przez młodego adepta medycyny. Pomijając fakt specjalizacji przydatnej na zajmowanym stanowisku (co ciekawe w innych armiach preferowana jest medycyna rodzinna) to pozostaje kwestia miejsca stażowego w akredytowanej placówce, co ma się nijak do miejsca pełnienia służby. I tutaj nasuwa się pytanie – jak umożliwić specjalistom z jednostek wojskowych (których i tak nie ma za wielu) funkcjonowanie w SPZOZ po wielu latach pracy w linii wojskowej, aby nie odchodzili z wojska? Co ułatwiłoby pozyskanie odpowiednich specjalistów na misje poza granicami kraju.

Nawiązując do misji pokojowych i stabilizacyjnych z udziałem Polskich Kontyngentów Wojskowych, należy zauważyć, iż brakuje wyspecjalizowanej kadry oraz chętnych lekarzy, gdyż służba poza granicami państwa wiąże się zarówno z wieloma zagrożeniami bojowymi, jak i zdrowotnymi. Dlatego tak ważna jest odpowiednia selekcja kandydatów do wyjazdu na misje. Ocenę stanu zdrowia żołnierzy kierowanych do służby poza granicami kraju przeprowadza się przed wyjazdem tych osób w wojskowych komisjach lekarskich właściwych terytorialnie dla miejsca pełnienia służby wojskowej lub miejsca stałego zamieszkania. Na badania składa się wywiad lekarski, specjalistyczne badania lekarskie i badania dodatkowe. Żołnierzy zakwalifikowanych do wyjazdu poddaje się szczepieniom ochronnym, w kierunku specyficznych chorób charakterystycznych dla rejonu, w którym będzie pełniona służba. Osoby powracające po zakończeniu misji, podlegają w terminie 7 dni od daty powrotu do kraju wywiadowi epidemiologicznemu i komisyjnym badaniom lekarskim – takim samym jak przed wyjazdem.

Kontynuując rozważania, należy stwierdzić, że funkcjonujący na arenie krajowej system opieki medycznej nie jest zadowalający, zarówno w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i dostępności oraz funkcjonalności potrzeb zabezpieczenia ćwiczeń poligonowych, a także misji poza granicami kraju.

Aby to zmienić, należy zmodyfikować mechanizmy działania systemu opieki zdrowotnej i obowiązujące regulacje prawne poprzez:

- przywrócenie finansowania świadczeń zdrowotnych żołnierzy z budżetu MON lub w razie braku takiej możliwości stworzenie wydzielonej instytucji ubezpieczeniowej, która mogłaby finansować świadczenia zdrowotne dla wszystkich grup podopiecznych wojskowej służby zdrowia;
- wypracowanie mechanizmów poprawiających dostęp żołnierzy do świadczeń zdrowotnych, których zakres winien być dostosowany do specyfiki służby i powinien dotyczyć zarówno świadczeń standardowych, jak i ponadstandardowych (te ostatnie powinny być w całości finansowane z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej);
- utworzenie placówki opieki paliatywnej (hospicjum) dla wojskowych;

- udoskonalenie funkcjonującego systemu w oparciu o kilkuletnie doświadczenia wojskowych służb medycznych innych państw NATO i UE w celu podwyższenia poziomu opieki i poprawy zarządzania;
- zwiększenie efektywności działania służby zdrowia w procesie zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP, w szczególności misji poza granicami kraju;
- wprowadzenie nowych rozwiązań, mających na celu odbudowę korpusu medycznego poprzez stworzenie systemu pozyskiwania, szkolenia i doskonalenia zawodowego;
- modernizację techniczną wojskowej służby zdrowia poprzez wprowadzenie transporterów opancerzonych do ewakuacji medycznej z pola walki, a także rozwój systemu ewakuacji medycznej drogą powietrzną na szczeblu taktycznym i strategicznym oraz wdrażanie Systemu Zarządzania Informacjami Medycznymi (MIMS);
- odbudowę systemu kierowania, dowodzenia, poszerzenia zakresu odpowiedzialności;
- zapewnienie dopływu kadr;
- zapewnienie rozwoju fachowego i doskonalenie personelu medycznego;
- podniesienie uposażenia lekarzy wojskowych i uzależnienie ich od wysokości zdobywanych kwalifikacji;
- modernizację techniczną;
- opracowanie zasad standaryzacji i certyfikacji elementów służby zdrowia;
- stworzenie nowej doktryny medycznej uwzględniającej specyfikę współczesnego pola walki i normy medyczne<sup>11</sup>.

W dzisiejszych czasach, doszliśmy do takiego stanu, gdzie głównym celem wojskowej służby zdrowia stał się tylko rachunek ekonomiczny, oczywiście ze wskazaniem na ciągły wzrost. Efekty tych działań obserwujemy sami na każdym kroku. Niestety wojskowa służba zdrowia nie sprostała stawianym jej wyzwaniom. Ciągłe modernizacje i przeobrażenia, zamiast przynieść oczekiwaną poprawę, wywołały efekt wręcz odwrotny. Problemy całej służby zdrowia zarówno tej cywilnej, jak i wojskowej narastały przez lata. Natomiast inne kraje w oparciu o doświadczenia z zakresu świadczenia usług medycznych, już dawno doszły do wniosku, iż wiele decyzji dotyczących rozwiązań usprawniających działanie służby zdrowia, może być dokonanych jedynie dzięki posiadaniu dogłębnej wiedzy lekarskiej z uwzględnieniem – na pierwszym miejscu – potrzeb pacjenta, a także uregulowań prawnych i ekonomicznych (nigdy odwrotnie).

---

<sup>11</sup> <http://www.gazetalekarska.pl/res/img/img/oil/oil72/gazeta/n200804/n200804>.

## **MILITARY HEALTH SERVICE – SELECTED PROBLEMS OF ITS FUNCTIONING**

*Abstract:* The article features the outline of military health service history, its essence as a body whose functioning conditions the state of soldiers' health, as well as the Polish Armed Forces medical personnel's appropriate equipment and training in case of crisis or war. Then tasks that military health service performs are presented and how effectively they are realised and if their realisation met the expectations for the military. Some other selected problems that the military health service is currently facing have been discussed. Finally it is shown how to modify some functioning mechanisms of military health care and binding legal regulations in order to improve the military health service functioning.