

**Rozmowa  
z generałem  
brygady  
GRZEGORZEM  
GIELERAKIEM,  
dyrektorem  
Wojskowego  
Instytutu  
Medycznego**

Rząd planuje zmiany w systemie ochrony zdrowia. Efektu przekształceń dziś nie znamy, ale dyrektor największego wojskowego szpitala wie zapewne, jaka formuła resortowych placówek medycznych byłaby najlepsza: dla MON, dla żołnierzy pacjentów i dla samych lekarzy.

– We wszystkich wariantach reform kluczowa jest kwestia finansowania. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia miał być podzielony na regionalne towarzystwa ubezpieczeniowe, dla wojska najlepsze byłoby utworzenie mundurowego towarzystwa, adresowanego do żołnierzy i funkcjonariuszy wszystkich służb. Odrębny fundusz pozwoliłby kontrolować, jak i na kogo wydatkowane są pieniądze ze składek i subwencji.

**Przecież wojsko ma przedstawicieli w NFZ, a więc i pewną kontrolę nad opłacaniem świadczeń medycznych.**

– Ci ludzie reprezentują interesy wojska, ale nie są decydentami finansowymi. Efekt jest taki, że gdy szpital taki jak nasz ma oszczędności – bo nie wykorzystał części kontraktu – to te środki nie mogą przejść na inny szpital resortowy. Oddział regionalny funduszu przekazuje je tam, gdzie uzna za stosowne. Nawet gdy inny wojskowy szpital potrzebuje tych pieniędzy, bo wykonano w nim większą liczbę usług niż zakładano.

**Zalóżmy, że powstaną towarzystwa regionalne, bez wojskowego. Co wtedy?**

– Ministerstwo obrony powinno dążyć do stanu, w którym przedstawiciele wojska będą dysponentami środków na leczenie. Moglibyśmy wtedy aktywnie kreować politykę zdrowotną. Teraz tego nie możemy robić. Trudno racjonalnie uzasadnić tezę, zgodnie z którą wszystkie szpitale wojskowe powinny zostać wydzielone poza MON, na przykład w drodze przekazania



JAROSŁAW WIŚNIEWSKI (2)

# Żołnierz nie może czekać

jednostkom samorządu terytorialnego. Musimy zachować potencjał wojskowego lecznictwa zamkniętego.

**Co zrobić, by szpitale zamiast długów miały przychody?**

– Zmieniając funkcjonowanie WIM dbałem o zachowanie pryncypiów opieki zdrowotnej. Zachowaliśmy cały obszar lecznictwa i diagnostyki. Nadal mamy 28 klinik, z których co najmniej siedem jest niedochodowych. Tak są bowiem wycenione procedury lecznicze. Przyjęliśmy jednak, że dla nas liczy się nie tylko rachunek ekonomiczny szpitala, ale także jego misja. Pa-

cent musi mieć zagwarantowaną kompleksową opiekę. Nie możemy pozbawić go niektórych świadczeń, ponieważ są deficytowe. Stąd kliniki będące „na plusie” dofinansowują jednostki uzyskujące słabsze wyniki ekonomiczne. Chcemy być nadal szpitalem wieloprofilowym, jedynym tej wielkości w Polsce.

**Niestety, w ogólnopaństwowym systemie gubi się żołnierz, od którego państwo wymaga dyspozycyjności, ale któremu nie pomaga w utrzymaniu zdrowia.**

– Powinniśmy dążyć do zagwarantowania naszym mundurowym podopiecznym

łatwiejszego dostępu do usług medycznych. Nowelizacja ustawy pragmatycznej uczyniła już wyłom w odniesieniu do weteranów misji – oni mogą korzystać z pomocy medycznej poza kolejnością.

### **Ale nadal sytuacja żołnierzy w służbie czynnej nie jest satysfakcjonująca!**

– Niestety, to prawda. Jeśli szukamy argumentów, które pomogą zwiększyć liczbę rekrutów, to obok wynagrodzenia i kwatery powinniśmy zachęcać do wstępowania do wojska właśnie pakietem socjalnym, którego atutem musi być dobra opieka zdrowotna. Zwłaszcza jeśli dorzucimy do tego zapewnienie opieki rodzinom żołnierzy w służbie czynnej.

### **Nie sądzi Pan, że wystarczy podwyższyć uposażenia, aby znaleźli się rekruci?**

– Obecnie argument finansowy dla 20–30-latków nie jest już najważniejszy. Zyskały na znaczeniu społeczne wartościowanie pracy, systemy opieki socjalnej nad pracownikiem i jego rodziną, często spotykane w armiach naszych sojuszników. Lepszy dostęp do opieki medycznej wynika ze specyfiki zawodu – żołnierz musi być stale w dobrej formie fizycznej, a jeśli ją utraci, powinien ją szybko odzyskać. To się opłaca. Często koszty świadczeń wypłacanych kontuzjowanemu żołnierzowi przewyższają koszty operacji i rehabilitacji. Żołnierz musi mieć także pewność, że jeśli coś mu się stanie na polu walki czy na poligonie, zajmie się nim fachowo wojskowa służba zdrowia i zrobi wszystko, by przeżył. Wtedy będzie lepiej wypełniał obowiązki. I jeszcze jedno. Tak jak nie powinien się martwić o siebie, także nie może martwić się o bliskich. Musi mieć pewność, że jego rodzina również będzie miała najlepszą z możliwych opiekę medyczną.

### **Jak to zorganizować? Tworzyć osobne okienka dla pacjentów mundurowych czy domagać się rozwiązań formalno-prawnych?**

– Zapisy ustawowe są niezbędne, bo służba zdrowia działa, opierając się na kilku ustawach. I tu mamy paradoks: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza system kolejkowy. Dziś, jeśli żołnierz dozna urazu kolana – to częsty przykład w naszej praktyce – i wymaga stosownego zabiegu, zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi musi stanąć w kolejce i... zgodnie z planem... za dwa lata będzie miał wykonaną operację. Z punktu widzenia interesów państwa i żołnierza taka sytuacja jest nie do przyjęcia. Jeśli to dotyczy komandos, odłożenie operacji oznacza, że znajdzie się on

na ponad dwa lata poza wojskiem i już do niego nie wróci – kilkaset tysięcy dolarów wydanych na jego szkolenie będzie straconych. Nie wspominam już o konsekwencjach zdrowotnych.

### **W interesie wojska jest więc szybkie zajęcie się pacjentem żołnierzem. Czy to wymaga zmiany statusu szpitali wojskowych?**

– Wystarczy zmienić status pacjentów wojskowych. Oni muszą stać się – wiem, że to niepopularne określenie – grupą uprzywilejowaną. Jako wykonawcy polityki zagranicznej państwa w niebezpiecznych misjach zasługują na to. Poświęcają swoje życie i zdrowie. Taka postawa zawsze powinna skutkować adekwatną reakcją – troską ze strony państwa. Ten postulat nie ma nic wspólnego z tworzeniem przywilejów: każdy Polak miał, ma lub będzie miał szanse wybrać zawód wojskowego.

### **Niektóre szpitale MON będzie musiał jednak przekazać samorządom.**

– Zdecydują o tym przełożeni. Jestem zdania, że musimy w MON utrzymać szpitale, sanatoria i ośrodki rehabilitacyjne w wymiarze niezbędnym do zapewnienia skutecznej opieki medycznej nad żołnierzami. Dotyczyć to powinno najlepszych ośrodków, w które wojsko dużo zainwestowało.

### **Ale w tych placówkach żołnierze i tak stanowią mniejszość. I to będzie trudny argument do zbicia.**

– Nie można się tu posługiwać suchą statystyką. Przed podjęciem decyzji o transferze placówek pod zarząd samorządów należałoby poddać analizie, co zrobiono w wojsku, jakie programy profilaktyczne wdrożono, by żołnierze mogli z ich pomocy skorzystać. Jeśli mieliby korzystać z nich na zasadzie odpłatności, w trakcie urlopu, to nie oczekujemy, że będą częstymi ich gośćmi. Jeśli tak systemu nie ułożymy, to nie mówmy, że środowisko wojskowe nie jest zainteresowane sanatoriami, szpitalami, rehabilitacją. Bo urazy fizyczne i psychiczne są i długo będą konsekwencją służby. Musimy zatem oprócz opieki szpitalnej mieć sprawny aparat opieki poszpitalnej.

### **Co wojskowa służba zdrowia i WIM robią na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentami żołnierzami?**

– Rolą WIM jest promowanie najwyższych standardów w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Między innymi poprzez ciągłe doskonalenie kadr medycznych w całym wojsku – lekarzy i innego personelu.

Chcemy, aby początkowo każdy lekarz wyjeżdżający na misję zagraniczną, a celowo każdy lekarz w jednostce, szkolił się w naszym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). Tylko tam można zetknąć się z pacjentami mającymi urazy wielonarządowe, bardzo podobne do tych, jakie spotyka się na misji lub wojnie. Taki dwu-trzymiesięczny cykl szkolenia musi stać się normą. Wymaga to – obok podjęcia stosownych czynności organizacyjnych – finansowego wsparcia.

### **Dzisiaj szpitale uciekają od takich trudnych, nieprzewidywalnych pacjentów.**

– Wolą leczyć pacjentów planowych. Pacjent, który przyjeżdża z wypadku, z założenia jest deficytowy. Dlatego jeśli chcemy podjąć się takiej misji – ratowania życia w skomplikowanych przypad-

„Ministerstwo obrony powinno dążyć do stanu, w którym przedstawiciele wojska będą dysponentami środków na leczenie. Moglibyśmy wtedy aktywnie kreować politykę zdrowotną”

kach, a przy okazji doskonalenia kadr medycznych armii, co doprowadzi do podniesienia jakości opieki medycznej na misjach – musimy mieć wsparcie.

### **Jak duże?**

– Samo funkcjonowanie SOR w trybie, o którym wspomniałem, wymaga dodatkowych 3,5 miliona złotych rocznie. Wierzę, że cykle szkoleń w SOR sprawią, że wielu ambitnych, młodych, niebojących się wyzwań lekarzy, takich, na których najbardziej nam zależy, będzie garnąć się do służby w mundurze. Bo nigdzie indziej tak szybko nie zdobędą takiego doświadczenia zawodowego, fachowych umiejętności.

### **Skoro pacjenci wypadkowi są deficytowi dla szpitali, to czy żołnierze ulegający wypadkom powinni zabiegać o hospitalizację w resortowych placówkach – ze szkodą dla tych instytucji?**

– Sprawa ma wiele aspektów. Wszystkie przemawiają za tym, by żołnierze leczyli się w szpitalach wojskowych. Z medycznego punktu widzenia – mamy doświadczonych lekarzy, działających w warunkach wojskowych medyków ▶

w swoich specjalnościach, wypracowujących efektywniejsze metody diagnostyki i leczenia, znających realia służby wojskowej. Jeśli wojskowi będą do nas trafiać, to automatycznie będziemy powiększać nasze doświadczenia i wypracowywać skuteczniejsze metody leczenia.

Zorzeczniczego punktu widzenia też powinni się zgłaszać do naszych szpitali. Jeśli dziś żołnierz trafi do placówki cywilnej i uzyska tam pomoc, to wszelka informacja o jego stanie zdrowia po wyjściu ze szpitala jest niedostępna dla wojska.

### **Czy nie należałoby wprowadzić ustawowego obowiązku hospitalizowania żołnierzy w szpitalach wojskowych?**

– To byłoby celowe. Choćby dlatego, że w wojsku dbamy o ochronę informacji niejawnych. Założmy, że mamy oso-

tego jasno zdefiniowaną ścieżkę rozwoju zawodowego (kariery) to taka oferta staje się bardzo konkurencyjna. Wojsko powinno być tym zainteresowane.

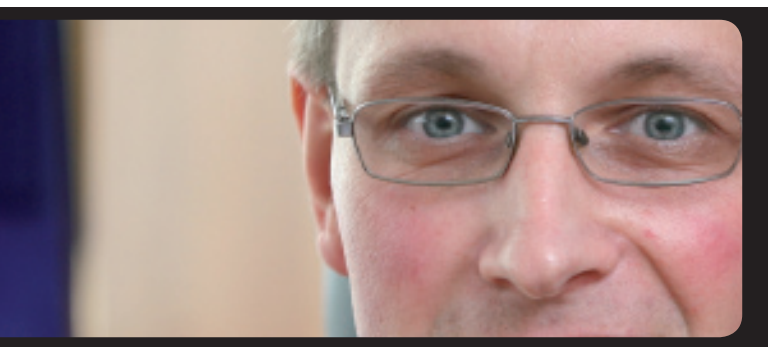
### **Instytut ma stać się ważnym miejscem kształcenia podyplomowego lekarzy. Co Pan sądzi o obecnym systemie specjalizacji? Czy także w tej dziedzinie wojskowi nie powinni mieć przywilejów?**

– Nie wydaje mi się to potrzebne. Wszyscy lekarze powinni, tak jak dotychczas, robić specjalizacje na tych samych, jednokowych dla wszystkich zasadach. Dla lekarzy w mundurach jest to ważne, choćby dlatego, że po odejściu ze służby bez problemu znajdą zatrudnienie. Zmienić się jednak powinien dostęp lekarzy w mundurach do specjalizacji oraz sposób ich odbywania.

skiego powinno być wspieranie takich placówek. Podkreślam – w interesie zawodowego wojska, nie tylko służby zdrowia, jest, byśmy posiadali elitarne ośrodki medyczne z odpowiednio zmotywowaną kadrą. Jesteśmy w stanie to osiągnąć. Warunek: musimy inwestować w ludzi, sprzęt, infrastrukturę.

### **Dobrze Pan wie, że służba zdrowia w każdym kraju jest w stanie wchłonąć każde pieniądze. Tak jak armia.**

– Zgoda. Ale sprzęt służy pacjentom, jest też zachętą dla najlepszych lekarzy, bo tylko takimi powinniśmy być zainteresowani. Jeśli nie zadamy o to, aby personel wojskowej służby zdrowia prezentował najwyższe normy etyczne i fachowe, to czeka ją marna przyszłość. Na całym świecie jest tak, że wysokiej klasy specjaliści garną się do wojska, bo wiedzą, że spotkają



*Żołnierz musi mieć pewność, że jeśli coś mu się stanie na polu walki czy na poligonie, zajmie się nim fachowo wojskowa służba zdrowia i zrobi wszystko, by przeżyć. Wtedy będzie lepiej wypełniał obowiązki*

bę zajmującą stanowisko związane z dostępem do tajemnic. I – zgodnie z obowiązującym prawem – korzysta ona z usług lekarza rodzinnego, który zna jej nałogi, nawyki, choroby, a więc słabości. To są często intymne sprawy i bezcenna wiedza, a my ją dziś dajemy niemal na talerzu. Informacje o zdrowiu żołnierzy powinny krążyć w zamkniętym obiegu. Po co dbać o ochronę informacji, skoro gdy ktoś będzie chciał dotrzeć do tej osoby i wykorzystać jej słabe strony, to łatwo zdobędzie dane na temat jej zdrowia?

### **WIM powinien dysponować najlepszą kadrą i najnowocześniejszym sprzętem spośród wojskowych szpitali. Jak jest faktycznie?**

– Chcemy być placówką elitarną. Na rynku medycznym jesteśmy tak postrzegani. Mamy świadomość, że jeśli przy obecnej dynamice zmian na rynku usług medycznych nie będziemy o to dbać, szybko utracimy tę pozycję. Najważniejsi są pracownicy, ważne jest również wyposażenie, tak by lekarze, których chcemy zatrudniać, byli przekonani, że trafią do placówki, która jak żadna inna oferuje możliwość pracy w najlepszych warunkach, na najlepszym sprzęcie, co z kolei umożliwi im podnoszenie swoich kwalifikacji. Jeśli doda się do

### **Na czym powinny polegać zmiany?**

– Chcielibyśmy, aby lekarze wojskowi, ze względu na obowiązki służby, mogli zintensyfikować czas robienia specjalizacji. Jeśli przykładowo na jakiś blok przedmiotów przewidziano 310 godzin w ciągu roku, to lekarz wojskowy miałby możliwość przerobienia tej samej liczby godzin w sześć miesięcy. Nie może też być tak, z czym zresztą zgadza się Ministerstwo Zdrowia, że oficer lekarz nie może wylecieć na misję, bo zgodnie z obowiązującymi przepisami półroczna przerwa w odbywaniu specjalizacji skutkuje jej przerwaniem. A przecież na misji wykona często o wiele więcej zabiegów niż jego kolega w tym czasie w kraju. Według opracowywanych przepisów czas służby poza krajem będzie zaliczany lekarzom do specjalizacji. Oczywiście pod warunkiem, że będą pracować pod merytorycznym nadzorem specjalistów, którzy odnotują wykonane przez nich procedury medyczne.

### **Na początku tej dekady MON skąpił pieniędzy na inwestycje w szpitalach. Jak jest teraz?**

– NFZ nie płaci za sprzęt. Opłaca tylko wykonane usługi medyczne. Funduszu nie interesuje, skąd bierzemy środki na inwestycje. Stąd zadaniem organu założyciel-

się tam z technologią i metodami leczenia, które w cywilu upowszechnią się kilka lat później. Tak samo powinno być w Polsce. Na inną formę organizacji wojskowej służby zdrowia nas nie stać.

### **Wcześniej trzeba będzie do tego przekonać decydentów odpowiedzialnych za służbę zdrowia. Najmłodszemu generałowi w Wojsku Polskim może nie być łatwo walczyć o interesy instytutu czy służby zdrowia.**

– Świadomość konieczności pewnego uprzywilejowania pacjenta wojskowego w szpitalach podległych MON jest coraz większa. Powtórzę: zmiana przepisów to dla wojska konieczność wynikająca z obowiązków służby, a nie tęsknota za przywilejami. Jako dyrektor WIM czuję się zmotywowany do tego, co robię. Moim awansem doceniono instytucję, którą kieruję. Jest sukcesem nas wszystkich, że problemy, jakie zastałem, obejmując stanowisko dyrektora, udało się rozwiązać za ledwie w ciągu roku. Od kilku miesięcy odnotowujemy zysk w prowadzonej działalności, a część z uzyskanych środków mogliśmy zainwestować w instytut. Zrobiliśmy coś, z czym konkurenci na rynku opieki zdrowotnej nie potrafią w większości sobie poradzić. ■

*Rozmawiał Włodzimierz Kaleta*