



**WŁODZIMIERZ KALETA**

zajmuje się wojskową  
służbą zdrowia



# Chirurgiczne cięcie

**Zrobienie specjalizacji przez lekarza z jednostki jest trudne, jeśli nie niemożliwe, dlatego medycy odchodzą do cywila.**



**S**tatystyki kadrowe wojskowej służby zdrowia nie nastrojają optymistycznie. W 2008 roku z wojska odeszło prawie 150 lekarzy. W tym może ich odejść jeszcze więcej. „Przyczyn zwolnień jest tyle, ilu lekarzy zdejmujących mundury. Te zasadnicze to praca na kilku etatach oraz trudności ze zrobieniem specjalizacji”, uważa kapitan lekarz **Janis Chrisidis**, ostatni lekarz w 7 Brygadzie Obrony Wybrzeża. On także rozstaje się ze służbą zawodową.

W siłach zbrojnych wakuje ponad 35 procent stanowisk lekarskich. W dwudziestu garnizonach nie ma ani jednego medyka. Z jednostek napływają informacje o dużej liczbie składanych wypowiedzeń stosunku służby. Gdyby tegoroczne zwolnienia oficerów spod znaku eskulapa przybrały masową skalę, mogłoby dojść do rozpadu systemu zabezpieczenia medycznego żołnierzy w jednostkach. Byłoby to niewątpliwie ewenementem w armiach NATO. Generał **Franciszek Gągor**, szef Sztabu Generalnego Wojska Polskiego, podkreśla, że wojskowa służba zdrowia to istotny element zdolności bojowej sił zbrojnych. „Zwiększenie wymogów wobec tej służby należy traktować jako warunek skuteczności każdej operacji militarnej”, twierdzi generał. Nie da się temu sprostać bez zmiany systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego, które teraz eliminują lekarzy z pracy dla wojska.

„Pomysłem na zatrzymanie lekarzy w jednostkach ma być reforma zasad kształcenia oficerów-lekarzy. Obok godziwego uposażenia czynnikami mobilizującymi do służby mogą być dobra organizacja pracy, właściwe stosunki międzyludzkie, pewność pracy zgodna z przygotowaniem zawodowym, a także możliwości podnoszenia kwalifikacji i awansu”, uważa generał brygady doktor habilitowany nauk medycznych **Grzegorz Gielera**k, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego. Magnesem przyciągającym lekarzy do służby ma być prestiż zawodu oficera-lekarza i nowoczesność odtwarzanego potencjału wojskowej służby zdrowia.

Osiągnięciu wspomnianych celów służyć mają, między innymi, stworzenie nowoczesnego otwartego organizacyjnie i programowo systemu kształcenia i doskonalenia personelu medycznego, jak również przemyślane i konsekwentnie przestrzegane w służbie zapisy regulujące przebieg karier zawodowych lekarzy wojskowych. Nowe rozwiązania, przygotowane przez Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia, zamienią teoretyczne postulaty w konkrety. Mają premiować przede wszystkim najmłodszych lekarzy, dla których utrudnienia w zdobywaniu





COMMENT

Generał brygady doktor nauk medycznych **ANDRZEJ WIŚNIEWSKI**, szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia:

**W**prowadzenie nowych rozwiązań ma na celu odbudowę korpusu medycznego przez stworzenie systemu pozyskiwania, szkolenia i doskonalenia zawodowego. Zapewnieniu rozwoju fachowego i doskonalenia personelu medycznego służyć mają, między innymi, nowe zasady kształcenia podyplomowego. W latach 2005–2007 specjalizacje zaczęło 420 lekarzy i lekarzy dentyistów, tak oficerów, jak i pracowników wojska. Obecnie praktycznie wszyscy kontynuują kształcenie podyplomowe w szpitalach wojskowych. Jedynie w pojedynczych przypadkach staże odbywane są w akredytowanych ośrodkach cywilnej służby zdrowia. W przyszłości specjalizacji będzie mniej. Obecnie ze 108 ich rodzajów, 66 jest dla wojska nieprzydatnych. Docelowo w systemie służby zdrowia pozostanie tylko 40 specjalizacji. Ale to dopiero w 2018 roku. Oprócz głównych: anestezjologii, chirurgii, ortopedii, medycyny ratunkowej i interny, lekarze będą mogli robić 35 dodatkowych, użytecznych dla wojska.



FOT. ARTUR BARTKIEWICZ

**Do specjalizacji oficerowie mają mieć dostęp bez konieczności licytowania się z cywilami.**



► specjalizacji są głównym motywem decyzji o wcześniejszym zwolnieniu się z wojska. Jednak przesuwanie terminu wprowadzenia nowych zasad kształcenia podyplomowego (miały obowiązywać od 2009 roku) jest dla tego środowiska jednoznacznym dowodem na odłożenie reformy służby zdrowia na trudną do określenia przyszłość.

„Prace nad nowymi rozwiązaniami nadal trwają. Opóźnienia wynikają z przyczyn organizacyjno-finansowych, niezależnych od Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, w tym zmian systemowych wprowadzanych przez Ministerstwo Zdrowia, między

innymi dwumodułowego systemu specjalizacji”, wyjaśnia generał brygady doktor nauk medycznych **Andrzej Wiśniewski**, szef IWSZ. Według naszych informacji, przedłużają się konsultacje MON i MZ dotyczące szkolenia specjalizacyjnego mającego obowiązywać w siłach zbrojnych. Celem wojska jest, by zasady robienia specjalizacji przez oficerów, mimo odrębności, były kompatybilne z rozwiązaniami cywilnymi.

**CYWILE GÓRA**

Wprowadzenie odmiennych zasad kształcenia lekarzy wojskowych to obecnie pilna konieczność. „Myśle-

**DOWÓDCY nie chcą tracić na dłuższy czas lekarzy z jednostki. Zwłaszcza gdy nie ma ich kto zastąpić.**

nie, że dziś uda się lekarzowi w jednostce zrobić specjalizację, nie ma wiele wspólnego z rzeczywistością”, uważa podpułkownik lekarz medycyny **Artur Płachta**, szef Wydziału Służby Zdrowia w Dowództwie Śląskiego Okręgu Wojskowego.

Utrudnienia w kształceniu specjalistycznym lekarzy-żołnierzy wynikają głównie ze zmian prawnych i organizacyjnych wprowadzonych w ostatnich latach przez resort zdrowia. Teraz mogą się oni specjalizować jedynie w ośrodkach akredytowanych, czyli do tego upoważnionych. Ponadto wprowadzone przez resort zdrowia zmiany „wyrzuciły” na margines potrzebne wojsku specjalizacje z medycyny lotniczej, morskiej i tropikalnej oraz ochrony zdrowia wojsk. „A przecież wojsko musi mieć



FOT. JAROSŁAW WIŚNIEWSKI

specjalistów w tych dziedzinach”, przekonuje generał **Wiśniewski**. Pozostały one co prawda w wykazie tak zwanych umiejętności medycznych, ale kształcenie w tym kierunku można zacząć dopiero po uzyskaniu specjalizacji, czyli minimum po sześciu latach poznawania innej specjalności.

Akredytowanych placówek jest mało, bo uznano, że tę funkcję mogą spełniać tylko duże szpitale, pełnoprofilowe. Siłą rzeczy w zdecydowanej większości były i są to szpitale cywilne. Pod względem kształcenia specjalistycznego wygrywają więc z wojskowymi.

Uzyskanie miejsca akredytacyjnego przez lekarzy z jednostek w szpitalach cywilnych jest trudne, bo specjalizacje prowadzone są tam w tak zwanym trybie rezydentckim (czyli

po zatrudnieniu kandydata na specjalistę na stanowisku rezydenta) lub wolontariatu. Za utrzymanie ograniczonej puli stanowisk rezydentckich płaci z resortu zdrowia. Wojskowa pragmatyka nie przewiduje takiego nietypowego zatrudnienia żołnierzy-lekarzy. „Lekarz, który chce robić specjalizację, musi poprosić przełożonego o zgodę, by móc w godzinach służbowych jeździć do szpitala na staże. Z reguły bierze potem w jednostce nadgodziny, by nadrobić zaległości. Czas uzyskiwania specjalizacji znacznie się przez to wydłuża”, komentuje pułkownik lekarz **Zbigniew Ułanowski**, dyrektor biura Wojskowej Izby Lekarskiej i redaktor naczelny biuletynu WIL „Skalpel”.

Problemem jest również to, że tamtejsze środowisko nie rozumie i nie uwzględnia spe-

cyfiki służby, zwłaszcza zasady dyspozycyjności. Lekarze prowadzący wymagają od specjalizantów codziennej pracy na oddziale. Żeby jednak mogli oni przystąpić do wykonania obowiązków lekarskich, muszą być ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w uprawnionej do tego instytucji. Ponieważ szpitale mogą ubezpieczać jedynie swoich pracowników, zatrudniają oficerów na jedną dziesiątą etatu, dzięki czemu mogą oni wykonywać przynajmniej niektóre czynności medyczne.

Robienie specjalizacji w szpitalu wojskowym, jeśli już uda się oficerowi z jednostki tam dostać, tylko w niewielkim stopniu jest wygodniejsze. Załóżmy, że kapitan X z jednostki w Budowie zdobył miejsce w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym. Częste wyjazdy do Bydgoszczy nie wchodzi w grę. Poligony, ćwiczenia, asystowanie przy szkoleniach i inne obowiązki kolidują z programem staży. „Dowódcy nie chcą tracić na dłuższy czas lekarzy z jednostki. Zwłaszcza gdy nie ma ich kto zastąpić”, opowiada o własnych doświadczeniach podpułkownik **Plachta**. Kapitan X robi zatem specjalizację w Wałczu, bo tam ma najbliżej do resortowego szpitala. Ale i tak musi co jakiś czas jeździć do Bydgoszczy. Kierownika specjalizacji, z którym też musi się czasem spotykać, ma w Warszawie. Czy kapitan X może być dyspozycyjnym żołnierzem i lekarzem?

## SPECJALIZACJE POD MUNDUR

Najtrudniej pogodzić z obowiązkami służbowymi kursy i szkolenia wynikające z programu specjalizacji. Zwłaszcza tak zwane staże cząstkowe. Profesor doktor habilitowany medycyny **Marian Brocki**, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej i prorektor do spraw medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, uznaje stażowe kłopoty lekarzy za problem wymagający pilnego rozwiązania. W programie niektórych specjalizacji przewidziano nawet dwanaście staży. Na przykład, żeby zrobić ją z chirurgii, lekarz musi wyjechać na trzytygodniowy staż na oddział oparzeniowy do Siemianowic Śląskich, a miejsca rezerwuje się tam nawet na kilka lat naprzód. Co będzie, kiedy staż ten wypadnie lekarzowi akurat w czasie, gdy jednostka zaplanuje ćwiczenia poligonowe? Kto z czego zrezygnuje?

„Dlaczego lekarz z Żagania ma jechać na staż z chirurgii ręki do Białogostoku? Dlaczego nie do Warszawy do szpitala na Szaserów? Mamy doskonały szpital kliniczny we Wrocławiu”, wskazuje podpułkownik **Plachta**. „Z jakich powodów oficerowie nie mieliby tam robić specjalizacji z kardiologii? Bo szpital nie ma akredytacji? A dlaczego nie ma? Może nikt o to nie zadbał? Szpitale wojskowe powinny nareszcie na poważnie zająć się lekarzami wojskowymi”.

Nowy system kształcenia podyplomowego oficerów-lekarzy postanowiono stworzyć, bio-





## W 2008 ROKU Z MUNDUREM ROZSTAŁO SIĘ PRAWIE 150 LEKARZY. W TYM MOŻE BYĆ GORZEJ

► rąc pod uwagę przede wszystkim możliwości Wojskowego Instytutu Medycznego, gdzie zostanie niedługo powołane Centrum Kształcenia Podyplomowego. „Instytut wie dzie prym wśród placówek wojskowej służby zdrowia pod względem zarówno potencjału intelektualnego kadry, jak i wyposażenia w sprzęt laboratoryjno-diagnostyczny oraz liczby łóżek”, rekomenduje placówkę pułkownik doktor habilitowany nauk medycznych **Andrzej Chciałowski**, zastępca dyrektora WIM, dyrektor do spraw nauki. W instytucie pracuje ponad pięćdziesiąt osób z tytułem naukowym, mianowanych przez ministra obrony na stanowiska docentów i profesorów. Są to samodzielni pracownicy nauki, którym dyrektor instytutu medycznego powierzył dodatkowe funkcje kierowników klinik i zakładów. Właśnie WIM stwarza lekarzom wojskowym możliwość prowadzenia hospitalizacji z wykorzystaniem najnowszych zdobyczy medycyny, podnoszenia kwalifikacji, a także zapoznania się z nowymi metodami

diagnostycznymi oraz leczenia i stosowania ich w praktyce.

### TAK MA BYĆ

Oficerowie będą mogli robić najbardziej potrzebne siłom zbrojnym specjalizacje w Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM, które do edukowania lekarzy korzystać będzie z wybranej kadry oraz urzędzeń wiodących szpitali wojskowych (z południa kraju bliżej do Wrocławia niż do Warszawy). Najważniejsze, że do specjalizacji oficerowie mają mieć dostęp bez konieczności licytowania się z cywilami. Programy, ze względu na specyfikę służby, staną się bardziej elastyczne. Kiedy służba będzie na to pozwalać, oficerowie będą mogli kształcenie specjalistyczne przyspieszać. „W propozycjach poprawek ministerstwa obrony do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry znalazły się zapisy pozwalające na skrócenie czasu na zrobienie specjalizacji poprzez bardziej intensywne kształcenie lekarzy. Specjalizacje będą mogły trwać krócej o rok,

może nawet dwa lata”, przewiduje generał **Wiśniewski**. Dla wojska to ważne – lekarz szybciej zdomowi się w jednostce. Choć wygląda na to, że nadal będzie wymagana zgoda dowódcy na wyjazd lekarzy z jednostek na staż i tak samo jak do tej pory mogą być oni niezainteresowani takimi wyjazdami. Zatem lekarze będą zmuszeni zaliczać staże w czasie urlopow. Tu zatem może się niewiele zmienić.

Zniknąć mają za to ograniczenia w zdawaniu egzaminów. Lekarz wojskowy będzie mógł podchodzić do sprawdzianów z wiedzy specjalistycznej nawet kilka razy. Wprowadzone zostaną specjalizacje dwumodułowe. Przez pierwsze trzy lata (moduł podstawowy) oficerowie zdobywać będą wiedzę ogólną na takich samych zasadach jak lekarze cywilni. Zmieni się system kształcenia specjalistycznego. Nie oznacza to, że programy specjalizacji oraz procedury egzaminacyjne dla medyków w mundurach będą łagodniejsze. Na staże poświęcą taką samą liczbę godzin i zgłębią tyle samo tematów co cywilni koledzy. Jednak dla oficerów, ze względu

## To kwestia czasu

GRZEGORZ GIELERAK

**Na całym świecie jest tak, że wysokiej klasy specjaliści pragną służyć w wojsku.**



Jeśli nie zadbamy o to, by personel wojskowej służby zdrowia nadal prezentował sobą najwyższe normy etyczne i fachowe, to czeka tę służbę nieciekawą przyszłość. Na całym świecie jest tak, że wysokiej klasy specjaliści pragną służyć w wojsku, bo wiedzą, że będą mieli tam do czynienia z metodami leczenia, które w cywilu upowszechnią się później. Tak samo powinno być w Polsce. WIM stwarza wojskowym lekarzom takie możliwości. W strukturach instytutu mamy szpital kliniczny, działający, podobnie jak inne szpitale, na zasadach publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dostępnego dla wszystkich pacjentów. WIM, którego częścią stanie się Centrum Kształcenia Podyplomowego, wykonywać będzie swoje zadania dydaktyczne także z pomocą wybranych innych szpitali wojskowych. Mamy kadre medyczną o najwyższych kwalifikacjach zawodowych spośród

wszystkich państw NATO – 90 procent tych ludzi pracuje w WIM. Zatem, parafrazując tezę Georga Hegla, można przyjąć, że jeśli dysponuje się taką jakością, to przejście w oczekiwaną ilość pozostaje wyłącznie kwestią czasu. Będzie on tym krótszy, im większą wykażemy się umiejętnością wykorzystania na potrzeby sił zbrojnych potencjału intelektualnego instytutu medycznego, który jest największą i najbardziej wszechstronną placówką tego typu w Polsce udzielającą świadczeń medycznych.

Do kompetencji centrum należeć będzie również prowadzenie bezpośredniej działalności dydaktycznej w dziedzinach niemających odpowiedników w cywilnych akademiach medycznych i medycznych instytutach naukowo-badawczych. Mam na myśli na przykład specjalistyczne szkolenie personelu służby zdrowia z medycyny pola walki oraz w dziedzinach najbardziej przydatnych w wojskowej służbie zdrowia,

ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki chorób występujących na terenach pełnienia misji przez polskich żołnierzy. Centrum, podobnie jak obecnie Instytut, będzie także odgrywało rolę ośrodka prowadzącego szkolenie na wszystkich szczeblach (lekarze, personel pielęgniarski, ratownicy medyczni), mającego na celu rozwijanie zdolności i umiejętności zawodowych oraz wspieranie stałego doskonalenia się. Skoncentrowanie w jednym miejscu działań naukowo-badawczych na rzecz sił zbrojnych, przedsięwzięć z zakresu dydaktyki oraz kształcenia ustawicznego jest najbardziej racjonalnym z ekonomicznego i organizacyjnego punktu widzenia sposobem rozwiązania dzisiejszych problemów dotyczących zabezpieczenia medycznego wojsk. O ile działalność statutowa jednostek powołanych między innymi do zabezpieczenia medycznego misji (1. i 2. wojskowe szpitale polowe) okaże się zarówno w bliższej, jak i dalszej perspektywie niewystarczająca, WIM wraz z Centrum będzie stanowić doskonałą bazę do utworzenia kolejnej tego typu struktury. ■

General brzydady doktor habilitowany nauk medycznych GRZEGORZ GIELERAK jest dyrektorem Wojskowego Instytutu Medycznego

FOT. KAROLINA PRYMELEWICZ

na specyfikę służby, program specjalizacji będzie – jak już wspomniano – bardziej elastyczny. Kiedy służba na to pozwoli, będą mogli kształcenie specjalistyczne przyspieszyć.

Egzaminy końcowe wszyscy lekarze zdawać będą przed tą samą państwową komisją egzaminacyjną. „MON nie chce radykalnych zmian w specjalizacjach”, uważa generał Gielera. „Nie domaga się, by dla lekarzy w mundurach były one prowadzone tylko w wojsku. To by im zaszkodziło. Po zdjęciu munduru mogliby mieć problemy ze znalezieniem pracy poza armią”. Założeniem projektu nie jest zatem wyłączenie lekarzy z trybu specjalizacji odbywającej się na ogólnych warunkach. Chodzi o zaakceptowanie elastyczności czasowej w odniesieniu do oficerów. Choć nie tylko. Trzeba uregulować też kwestię wyjazdu na misję. Obecnie służba lekarzy w kontyngentach nie jest wliczana do specjalizacji, mimo że zdarza się, iż wykonują oni tam więcej bardziej złożonych zabiegów niż koledzy specjalizujący się w tym czasie w kraju. „Sytu-

**ZAŁOŻENIEM NOWYCH PROJEKTÓW nie jest wyłączenie lekarzy z trybu specjalizacji prowadzonej na ogólnych warunkach. Tego nikt nie przewiduje.**

ację lekarzy misjonarzy pogarsza fakt, że zgodnie z przepisami przerwanie specjalizacji na sześć miesięcy, a tyle trwa z reguły służba w kontyngencie, jest równoznaczne z jej administracyjnym zakończeniem. Dotychczas oficer-lekarz wracający po półrocznej misji do kraju zmuszony był ponownie zaczynać wszystkie procedury dotyczące specjalizacji. Czy można się dziwić niechęci lekarzy do służby poza granicami kraju?”, usprawiedliwia kolegom po fachu pułkownik Chciałowski.

### DATA NIEZNANA

To ma się zmienić. Resort obrony zabiega, by w nowelizowanej ustawie dotyczącej specjalizacji znalazły się zapisy pozwalające zaliczyć do niej również czas służby na misjach.

Nowe założenia kształcenia podyplomowego w porównaniu do obo-

wiązujących mają niemal same zalety. Niemal, bo dostrzegamy wśród nich jedną wadę. Mimo optymistycznych sygnałów z Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia nadal nie wiadomo, od kiedy będą obowiązywać. Warunkiem wejścia w życie koncepcji jest uwzględnienie zapisów i poprawek zgłoszonych przez resort obrony do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz wydanie na jej podstawie przepisów wykonawczych, w tym rozporządzenia MON. Akt wykonawczy do projektu ustawy jest gotowy. Ustalenia międzyresortowe ponoć zbliżają się do finału. Data jednak wciąż pozostaje nieznana. Czy powyższe argumenty wystarczą, by lekarze w mundurach przestali zadawać sobie niemal hamletowskie pytanie: czekać na nowe czy odejść z wojska? ■

Współpraca TOMASZ GOS