



II Konferencja WIM-PIB

Lekarz wojskowy w cieniu deficytu –
motywacje, bariery i znaczenie
dla bezpieczeństwa
państwa



Program

Wojskowy Instytut Medyczny
Państwowy Instytut Badawczy

Warszawa, 27.11.2025 r.

II Konferencja

Wojskowego Instytutu Medycznego –
Państwowego Instytutu Badawczego,

27 listopada 2025, Warszawa

Szanowni Państwo,

*mam zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w II Dorocznej Konferencji Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego, która odbędzie się 27 listopada 2025 roku w siedzibie Wojskowego Instytutu Medycznego – PIB w Warszawie. Motyw przewodni tegorocznej edycji – „**Lekarz wojskowy w cieniu deficytu – motywacje, bariery i znaczenie dla bezpieczeństwa państwa**” – kieruje uwagę na newralgiczny punkt współczesnego systemu bezpieczeństwa zdrowotnego. W warunkach narastających napięć geopolitycznych i systemowego niedoboru kadr medycznych rola lekarza wojskowego zyskuje wymiar strategiczny.*

Patronat honorowy nad wydarzeniem objął Minister Obrony Narodowej dr Władysław Kosiniak-Kamysz. Konferencję kierujemy do całego środowiska medycznego Sił Zbrojnych RP, kadry dowódczej, decydentów publicznych, uczelni i ośrodków akademickich oraz przedstawicieli instytucji partnerskich.

Deбата stanowi merytoryczną odpowiedź na systemowe wyzwania, przed którymi dziś stoi wojskowa służba zdrowia. Korpus lekarski, kluczowy dla zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, mierzy się obecnie z kumulacją problemów strukturalnych: postępującym deficytem kadrowym, zaostrozonymi standardami działania związanymi z podniesioną gotowością operacyjną, niekorzystnymi trendami demograficznymi oraz ograniczoną konkurencyjnością warunków służby wobec sektora cywilnego. Dlatego analizę sytuacji kadrowej w wojskowej służbie zdrowia rozpoczynamy od lekarzy, uznając warunki, w jakich obecnie funkcjonują, za punkt wyjścia do kompleksowej reformy całego systemu.

Program konferencji uwzględnia jednak perspektywę wszystkich medycznych grup zawodowych, obejmując analizę ich specyficznych wyzwań, potrzeb rozwojowych oraz oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia. Każda z tych profesji wnosi bowiem unikalną wiedzę specjalistyczną i doświadczenie operacyjne, które są niezbędne do wypracowania skutecznych rozwiązań systemowych. Reforma wymaga podejścia holistycznego, integrującego wszystkie komponenty zespołu terapeutycznego w spójną, elastyczną i efektywną całość organizacyjną.

Naszym priorytetem jest wypracowanie rozwiązań o charakterze wdrożeniowym, skoncentrowanych na trzech strategicznych obszarach działania. Pierwszy obszar obejmuje stworzenie transparentnych ścieżek rozwoju zawodowego oraz kompleksową zmianę systemu kształcenia specjalistycznego, dostosowanego do współczesnych wymogów medycyny wojskowej. Drugi koncentruje się na opracowaniu skutecznych mechanizmów retencji kadr oraz działaniach podnoszących prestiż i atrakcyjność służby medycznej w siłach zbrojnych. Trzeci dotyczy optymalizacji modeli współpracy cywilno-wojskowej oraz implementacji innowacyjnych technologii medycznych, które zwiększą efektywność zabezpieczenia medycznego podczas operacji wojskowych i misji stabilizacyjnych.

Zgodnie z intencją organizatorów, celem spotkania jest integracja kompleksowej diagnozy systemu z praktycznymi działaniami naprawczymi – przedstawimy m.in. szczegółową analizę aktualnych wyzwań kadrowych i organizacyjnych, zaprezentujemy sprawdzone rozwiązania implementowane w siłach zbrojnych państw NATO, a następnie zaproponujemy konkretne kierunki reform strukturalnych i legislacyjnych możliwych do wdrożenia w polskim systemie wojskowej służby zdrowia. Zmierzamy w ten sposób do stworzenia kompleksowej strategii, która nie tylko wzmocni potencjał medyczny sił zbrojnych, ale również przywróci równowagę między zakresem odpowiedzialności zawodowej a realnymi możliwościami działania, czyniąc służbę w mundurze atrakcyjnym wyborem kariery dla najzdolniejszych absolwentów uczelni medycznych.

Państwa udział oraz merytoryczny wkład w dyskusję, w proces formułowania rozwiązań będą kluczowe dla powodzenia tego przedsięwzięcia. Pozwolą nam wspólnie zbudować trwałe fundamenty nowego, bardziej odpornego i efektywnego systemu zapewniającego optymalne zabezpieczenie medyczne żołnierzy oraz wzmacniające bezpieczeństwo medyczne państwa.

Do zobaczenia.

*gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak,
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego –
Państwowego Instytutu Badawczego*

„Lekarz wojskowy w cieniu deficytu – motywacje, bariery i znaczenie dla bezpieczeństwa państwa”

9.00 – 9.25 Rozpoczęcie konferencji.

9.25-10.00 Sesja Specjalna.

**Rozmowa z Wicepremierem Ministrem Obrony Narodowej
dr n. med. Władysławem Kosiniakiem-Kamyszem**

10.00-11.30 SESJA 1

**Temat: „Analiza warunków pracy i perspektyw zawodowych lekarzy
wojskowych w Polsce”.**

Sesja otwierająca definiuje strategiczny kontekst funkcjonowania lekarza wojskowego: cele rozwoju korpusu medycznego, różnice wobec systemu cywilnego, oraz konsekwencje ram prawnych dla autonomii, sprawczości i odpowiedzialności klinicznej. Główny problem – jak przełożyć cele obronne państwa na atrakcyjne, wykonalne i etycznie spójne warunki pracy lekarzy – zostanie omówiony z perspektywy skuteczności operacyjnej, motywacji zawodowej i przewidywalnych ścieżek rozwoju. W tle – rola technologii oraz społeczny wizerunek lekarza wojskowego.

10:00-10.15 Wykład wprowadzający: „Lekarz wojskowy w cieniu deficytu – wymiar systemowy, operacyjny i społeczny.” – płk prof. dr hab. n. med. Paweł Krześciński.

Moderator: Piotr Małecki - Defence24

Uczestnicy:

- gen. broni Piotr Błazeusz – z-ca Szefa Sztabu Generalnego WP,
- gen. dyw. Arkadiusz Szkutnik – dowódca 18. Dywizji Zmechanizowanej,
- Ppłk. Artur Płachta – prezes Wojskowej Izby Lekarskiej
- prof. dr hab. n. med. Bolesław Kalicki – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, WIM-PIB,
- mjr dr n. med. Adam Durma – Klinika Endokrynologii i Terapii Izotopowej, WIM-PIB; Rada Lekarska, Komisja Młodych Lekarzy, Wojskowa Izba Lekarska,
- dr hab. Justyna Klingemann – Zakład Zdrowia Publicznego, WIM-PIB.

Zagadnienia do dyskusji podczas sesji moderowanej:

- **Strategiczne cele rozwoju korpusu medycznego w SZ RP**

Cele strategiczne muszą łączyć gotowość operacyjną, jakość kliniczną i odporność kadrową. Priorytetyzacja ról klinicznych i operacyjnych, a także mechanizmy równoważenia potrzeb, czyli „co dla wojska, co dla szpitala”. Kluczowe są wskaźniki: czas rozwinięcia danego poziomu (ze-
społu) zabezpieczenia medycznego, pokrycie dyżurowe, zdolność ewakuacji medycznej, inter-
operacyjność w ramach SZ oraz wymagane w związku z tym rezerwy osobowe. Wprowadźmy
macierz celów z horyzontem 3-5-10 lat i miernikami wyników klinicznych oraz operacyjnych.
Punktem ciężkości jest przejrzystość celów dla lekarzy – aby każdy wiedział, do czego realnie
służy ścieżka kariery i jakie kompetencje będą premiowane w kolejnych etapach służby.

- **Lekarze wojskowi na tle środowiska cywilnego – bilans mocnych i słabych stron**

Porównanie obejmuje dostęp do procedur wysokospecjalistycznych, obciążenie dyżurowe, dy-
namikę dyspozycyjności operacyjnej oraz bezpieczeństwo zatrudnienia. Atuty służby to m.in.
misja publiczna, praca zespołowa z jednolitymi standardami i dostęp do szerokich opcji szko-
leniowych – czy naprawdę potrafimy dobrze je wykorzystać? Słabości to ryzyko nadmiaru ob-
owiązków, ograniczenia mobilności, wysoka dyspozycyjność i specyficzne, związane ze służbą
obostrzenia prawne. Celem jest wskazanie rozwiązań, które wzmocnią elementy atrakcyjne,
a zneutralizują bariery – np. programy rotacyjne z placówkami wysokospecjalistycznymi, mo-
dułowe kontrakty szkoleniowe i transparentne kryteria awansu. Wnioski mają ułatwić syste-
mową poprawę szans rozwoju zawodowego względem sektora cywilnego przy zachowaniu uni-
kalnych wymogów operacyjnych.

- **Specyfika służby odwzorowana w przepisach prawa – co wspiera, co ogranicza**

Analiza dotyczy przepisów regulujących status żołnierza-lekarza, zdolność do wykonywania
zawodu w różnych środowiskach pracy, odpowiedzialność zawodową i relację do procedur woj-
skowych. Zmapujemy punkty wsparcia – np. stabilność zatrudnienia oraz ograniczenia, np. za-
kres dyspozycyjności, wpływ rozkazodawstwa na planowanie szkoleń zawodowych. Omówimy,
jak projektować regulacje, aby łączyły wymogi dowodzenia z autonomią kliniczną
i sytuacją kadrową na rynku zdrowia w Polsce. Jak z tego rodzaju ograniczeniami radzą sobie
inne państwa NATO, praktyczne działania, systemowe rozwiązania?

- **Wizerunek społeczny, prestiż i bezpieczeństwo zatrudnienia**

Wizerunek lekarza wojskowego powinien opierać się na trzech filarach: kompetencjach klinicz-
nych, odporności psychofizycznej i służbie publicznej. W praktyce decydują o nim też warunki
pracy i komunikacja instytucjonalna. Jak budować atrakcyjność zawodu poprzez silne narracje
– pokazujące realny wpływ na bezpieczeństwo państwa – oraz jak wzmacniać poczucie stabil-
ności zawodowej – dostępne w resorcie programy, planowane rozwiązania. Co z perspektywy
obecnego pokolenia jest kluczowe dla podjęcia się takiej misji jak służba lekarza wojskowego?
Konieczność dochowania spójności deklaracji z realnymi działaniami resortu ON.

- **Nowoczesne technologie medyczne w pracy lekarza wojskowego**

Technologie to nie gadżety – to mnożnik siły medycznej. Priorytety wdrożeń: telemedycyna dla
jednostek rozproszonych, symulatory urazowe i rzeczywistość rozszerzona w szkoleniu, sys-
temy e-dokumentacji medycznej, przenośna diagnostyka obrazowa i laboratoryjna, a także al-
gorytmy wsparcia decyzji. Nacisk kładziemy na interoperacyjność, cyberbezpieczeństwo
i medycynę danych w logistyce krwi oraz triage. Zidentyfikowane warunki sukcesu: kompeten-
cje użytkownika i szybkie ścieżki dopuszczenia sprzętu do użycia w warunkach wojskowych.
Konkluzją ma być mapa technologiczna na 3-5 lat oraz wskazanie pól, gdzie partnerstwa cy-
wilno-wojskowe przyspieszą uzyskanie efektu operacyjnego.

11.30-11.35 Przerwa

11.35-13.05 SESJA 2

Temat: „Przegląd aktualnej sytuacji i propozycje kierunków rozwoju kadr medycznych w Wojsku Polskim”.

Sesja dostarcza twardych danych o zasobach kadrowych – liczebności, demografii, strukturze specjalizacji i rozmieszczeniu – oraz dynamice zatrudnienia i odejść. Problem przewodni: jak zbudować sterowalny model podaży kompetencji przy zmiennych wymaganiach operacyjnych i klinicznych?

11.35-11.50 Wykład wprowadzający: „Kadry medyczne w Wojsku Polskim – gdzie jesteśmy, gdzie musimy być, jak się tam znaleźć?” – ppłk dr n. med. Agata Będzichowska

Moderator: redaktor - Defence24

Uczestnicy:

- Maria Mrówczyńska – Podsekretarz Stanu Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
- Gen. bryg. rez. Mirosław Bryś – Zastępca Szefa Biura Bezpieczeństwa Narodowego,
- płk Bogdan Sowa – Zarząd Organizacji i Zasobów Osobowych-P1, Sztab Generalny WP,
- płk dr n. med. Artur Bachta – Komendant CSK MON WIM-PIB,
- kpt. rez. prof. dr hab. n. med. Jerzy Sieńko – Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. współpracy z podmiotami leczniczymi nadzorowanymi przez Ministra Obrony Narodowej,
- ppor. Artur Skobel – Oddział Medycyny Pola Walki i Symulacji Medycznej, Centrum Kształcenia Podyplomowego, WIM-PIB.

Zagadnienia do dyskusji podczas sesji moderowanej:

- Dane strukturalne dotyczące grupy zawodowej – liczebność i braki etatowe
Proponujemy spójny pakiet wskaźników: obsada etatowa vs obsada faktyczna, współczynnik zastępowalności pokoleniowej. Analiza rozkładu braków w jednostkach wojskowych i podmiotach leczniczych. Scenariusze uzupełniania stanu osobowego: rekrutacja pierwotna, transfery z cywila, kontraktowanie kompetencji rzadkich oraz aktywizacja rezerwy (bierna, aktywna) – dzisiejsze doświadczenia, wnioski – sukcesy i porażki. Efektem ma być tabelaryczna lista priorytetów rekrutacyjnych i plan pomostowy – tak, aby bezpieczeństwo medyczne nie zależało od doraźnych improwizacji, lecz od przewidywalnego pipeline'u kompetencji.

- Demografia lekarzy wojskowych – wiek, płeć, lata służby, stopień wojskowy

Demografia to „fizyka” systemu – determinuje jego bezwładność. Jak wygląda profil wiekowy i wynikające z niego fale odejść, rozkład stażu służby oraz korelację stopni wojskowych z rolami klinicznymi i dowódczymi? Wskażmy, jak modelować awanse, aby nie deprecjonować stanowisk klinicznych oraz jak przeciwdziałać lukom kompetencyjnym poprzez mentoring i sekwencjonowanie szkoleń i związanego z tym rozwoju zawodowego. Różnorodność płciowa i jej znaczenie dla kultury zespołu, retencji i innowacyjności. Czy można zaproponować matrycę sukcesji – kto, kiedy i na jakie stanowisko – połączoną z planem szkoleniowym oraz projektami „retain & retrain” dla kluczowych specjalistów w okresach zwiększonego ryzyka odejść? Jakie obiektywne – zależne i niezależne (np. wiek) – czynniki decydują dziś o odejściach lekarzy ze służby.

- Struktura specjalizacji i dodatkowych kwalifikacji

Jak wygląda profil specjalizacyjny lekarzy-żołnierzy wobec potrzeb operacyjnych armii – stopień ukompletowania etatowego w dziedzinie specjalizacji lekarskich szczególnie istotnych dla potrzeb wojska. Pokazujemy luki w kompetencjach niszowych – np. medycyna katastrof, toksykologia, choroby zakaźne z perspektywą zagrożeń CBRN – oraz rolę kwalifikacji dodatkowych (medycyna taktyczna). Celem jest modułowy katalog kompetencji, który można „składać” w profile stanowisk i programy szkolenia, wraz z propozycją zachęt finansowych i awansowych za kompetencje deficytowe. Wynikiem będzie plan zwiększania gęstości kompetencyjnej bez konieczności wyłącznie „ilościowego” zwiększania etatów.

- Geograficzne rozmieszczenie kadr – jednostki, ośrodki, placówki

Bez mapy rozmieszczenia ryzykujemy nierównowagę obciążeń i luki w zabezpieczeniu. Analiza gęstości personelu lekarskiego per rodzaj sił zbrojnych/rodzaj wojsk – jednolitość rozmieszczenia, braków i związany z tym poziom ryzyk w zakresie zabezpieczenia medycznego armii. Czy potrafimy, właściwie korzystamy z dostępnych mechanizmów dynamicznego bilansowania – rotacje, telekonsylia, mobilne zespoły zabiegowe – oraz zasady „kołderki kadrowej”, czyli minimalnych obsad do utrzymania gotowości – kadrowy przegląd potrzeb vide cywilny sektor ochrony zdrowia. Omawiamy współpracę z kluczowymi przegład potrzeb dla prowadzenia polityki kadrowej cywilnymi szpitalami i uczelniami medycznymi, aby skrócić ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne i szkoleniowe. Efektem jest mapa ryzyk związanych z rozmieszczeniem lekarzy oraz propozycje korekt, które zwiększą zarówno bezpieczeństwo medyczne żołnierzy, jak i spójność terytorialną świadczeń.

- Dynamika zatrudnienia i odejść w ostatnich 5 latach

Analizujemy czynniki wejścia i wyjścia: motywacje finansowe i pozafinansowe, jakość dowodzenia, klimat organizacyjny, obciążenia dyżurowe, dostęp do szkoleń i elastyczność ścieżki kariery – co wynika z analizy odejść ze służby – przyczyny oraz ich udział w strukturze odejść z armii. Identyfikacja wskaźników wczesnego ostrzegania – podejście proaktywne w miejsce reaktywnego: rotacja w ciągu 12-24 miesięcy od przyjęcia, „ciche odejścia” sygnalizowane spadkiem aktywności szkoleniowej, oraz heat-mapy wypalenia. Polityka retencyjna – kontrakty lojalnościowe z realnym pakietem rozwojowym, programy powrotowe po przerwie w służbie, ścieżki eksperckie równoległe do liderskich. Wnioskiem jest zwinny system zarządzania cyklem życia kadry, który pozwoli planować rekrutację i zastępstwa z wyprzedzeniem, zamiast reagować dopiero przy wakacie krytycznym.

13.05-13.35 Przerwa LUNCH

13.35-15.05 SESJA 3

Temat: „Bariery funkcjonowania wojskowej kadry lekarskiej”.

Skupiamy się na mechanizmach generujących trudności: wymagania służby, obostrzenia prawne, przeciążenie obowiązkami i stres, wynagrodzenia i świadczenia, a także dostęp do technologii. Cel sesji – przekształcić opis barier w katalog działań naprawczych, które przyniosą szybki, mierzalny efekt retencyjny i jakościowy, bez utraty specyfiki wojskowej. Dyskusja obejmie również komponent kulturowy i motywacyjny – wartości, prestiż i tożsamość zawodową.

13.35-13.50 Wykład wprowadzający: „Od bariery do rozwiązania – jak zamieniać ograniczenia w przewagi operacyjne w prowadzeniu skutecznej polityki kadrowej.” – mjr dr n. med. Adam Durma.

Moderator: Bartosz Kwiatek - Polsat

Uczestnicy:

- gen. broni Maciej Klisz – Dowódca Operacyjny RSZ,
- płk Grzegorz Faka – dyrektor Departamentu Kadr,
- płk dr n. med. Arkadiusz Kosowski – Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia,
- ppłk dr n. med. Agnieszka Grabińska – Klinika Urologii, WIM-PIB.
- płk dr n. med. Radosław Tworus – kierownik Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, WIM-PIB,
- Joanna Niedzińska – kierownik Działu Rekrutacji, Szkoleń i Rozwoju Talentów, Danone.

Zagadnienia do dyskusji podczas sesji moderowanej:

- Warunki pełnienia służby – wymagania organizacyjne i ograniczenia prawne
Warunki służby potrafią działać jak grawitacja – niewidoczna, a decydująca. Analiza szczególnych okoliczności służby: wymagania dotyczące dyspozycyjności, dyslokacji, gotowości do działań w środowiskach obciążających oraz specyficznych procedur decyzyjnych. Ograniczenia w planowaniu i realizacji szkoleń i praktyk specjalizacyjnych, które wpływają na rozwój kliniczny, oraz możliwe modyfikacje regulacyjne. Proponujemy model „okien operacyjnych i rozwojowych”, który godzi cykle gotowości z cyklami edukacyjnymi, uzupełnieniem są jednolite standardy oddelegowań. Oczekiwany efekt: służba, która wymaga – ale też przewidywalnie umożliwia rozwój i zapewnia adekwatną autonomię kliniczną w granicach prawa i potrzeb operacyjnych.

- Obciążenie obowiązkami, stres i wypalenie zawodowe

Niedobory kadrowe skutkują pracą ponad normę i chronicznym stresem. Omawiamy architekturę obciążeń: liczba dyżurów, dyspozycyjność pozaetatowa, odpowiedzialność w działaniach o wysokim ryzyku. Propozycja działań naprawczych to interwencje wielopoziomowe: redystrybucja zadań między role, standardy minimalnej obsady, superwizję kliniczną oraz programy wsparcia psychologicznego ukierunkowane na personel medyczny. Wskazujemy na znaczenie kultury dowodzenia – stylu komunikacji, uznania i feedbacku – w profilaktyce wypalenia. Propozycja koncepcji „resilience by design”: projektowania grafiku, zaplecza i procedur tak, aby domyślnie ograniczały kumulację przeciążeń. Celem jest zbudowanie środowiska pracy, w którym sprawność operacyjna nie powstaje kosztem zdrowia personelu.

- System wynagrodzeń i świadczeń – adekwatność i przewidywalność

Wynagrodzenia muszą odwzorowywać deficyt kompetencji, odpowiedzialność i gotowość operacyjną, stąd pożądany jest model wynagradzania, który łączy komponent stabilny z premią za kompetencje krytyczne, dyspozycyjność i udział w misjach. Równolegle – świadczenia rodzinne, mieszkanie, dostęp do edukacji i opieki dla rodzin, które realnie wpływają na decyzje o pozostaniu w służbie. Przedstawimy propozycje kontraktów długoterminowych z jasno określonymi kamieniami milowymi rozwoju oraz „poduszką” bezpieczeństwa dla okresów intensywnych operacyjnie. Całość dopełni benchmarking do zawodów wysokich kwalifikacji (specjaliści IT, piloci, prawnicy) – aby projektować zachęty atrakcyjne rynkowo, a jednocześnie zgodne z logiką służby publicznej.

- Dostęp do nowoczesnych technologii i logistyka medyczna

Brak technologii lub ich fragmentaryczne wdrożenie kumuluje frustrację i ryzyko kliniczne. Poruszymy standardy wyposażenia, interoperacyjność sprzętu, modułowość zestawów urazowych i ewakuacyjnych, oraz łańcuch dostaw – od krwi pełnej po leki ratujące życie. Zaproponujemy katalog minimum technologicznego dla poziomów opieki oraz proces kwalifikacji i wycofywania sprzętu, by ograniczyć „martwe” inwestycje. Dyskusja obejmie także szkolenia użytkowników i serwis – bo technologia działa tak dobrze, jak ludzie, którzy z niej korzystają i ją utrzymują. Celem jest stała gotowość materiałowa i szybka możliwość rozwinięcia zabezpieczenia medycznego w każdych warunkach.

- Regulacje prawne oddziałujące na zakres kompetencji i odpowiedzialność

Prawo powinno zapewniać bezpieczeństwo pacjentom i lekarzom, nie paraliżować działania. Analizujemy punkty tarcia między regulacjami cywilnymi a wojskowymi – m.in. odpowiedzialność zawodowa w sytuacjach taktycznych, dokumentowanie świadczeń, uprawnienia do stosowania procedur polowych i zarządzanie ryzykiem klinicznym. Zaproponujemy jasne klauzule kompetencyjne dla medycyny pola walki, „tryb szybkiej ścieżki” dla decyzji terapeutycznych w warunkach operacyjnych oraz jednolite standardy dla oceny jakości opieki. Cel – stworzenie ram, które chronią lekarza, uznając specyfikę działań, i jednocześnie budują zaufanie społeczne do wojskowej służby zdrowia.

15.05-15.10 Przerwa

15.10-16.40 SESJA 4

Temat: „Szkolenie i doskonalenie zawodowe a ścieżki kariery – od edukacji do przywództwa”.

Łączymy dwa wątki z mapy: system kształcenia i doskonalenia oraz etapową ścieżkę kariery lekarza wojskowego. Główne pytanie – jak zaprojektować pipeline kompetencji i awansów, aby zaspokoić potrzeby operacyjne, kliniczne i naukowe, jednocześnie utrzymując wysoką retencję? Sesja kończy się zestawem rekomendacji systemowych.

15.10-15.25 Wykład wprowadzający: „Od rekruta do mentora – architektura kompetencji lekarza wojskowego.” – gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

Moderator: Patryk Słowik

Uczestnicy:

- Dr Marcin Kulasek - Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Dr Jolanta Sobierańska-Grenda – Minister Zdrowia
- Stanisław Wziątek – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej,
- gen. dyw. Krzysztof Zielski – z-ca Szefa Sztabu Generalnego,
- gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak – WIM-PIB,
- kpt. lek. Sebastian Sidorowicz – Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi.

Zagadnienia do dyskusji podczas sesji moderowanej:

- Nowy system kształcenia i szkolenia – zintegrowana struktura organizacyjna
Przedstawiamy model spójnego ekosystemu edukacyjnego: uczelnia – ośrodek szkolenia – szpital wojskowy – poligon symulacyjny – jednostka operacyjna. Podstawą jest program, który cyklicznie pogłębia te same domeny kompetencji w coraz trudniejszych warunkach. Ważne są standardy akredytacyjne, egzaminowanie kompetencji praktycznych oraz interoperacyjność programów z partnerami NATO. Jak właściwie zdefiniować rolę centrów symulacji i „combat training” w bezpiecznym nabywaniu umiejętności wysokiego ryzyka. Celem jest skrócenie czasu dojścia do samodzielności klinicznej bez kompromisu jakości i bezpieczeństwa, a także przejrzyste „kamienie milowe” łączące szkolenie z awansem i wynagradzaniem.
- Kształcenie kompetencji medycznych – obszary synergii z systemem cywilnym
System cywilny dysponuje bogatą ofertą wysokospecjalistyczną – warto ją wykorzystać. Omawiamy modułowe staże w ośrodkach referencyjnych, konsorcja szkoleniowe i wspólne programy badawcze. Podkreślamy znaczenie „dual practice” w jasno określonych ramach – tak, aby lekarz wojskowy utrzymywał biegłość w procedurach rzadkich, a wojsko korzystało z efektu skali. Proponujemy mechanizmy wymiany instruktorów i wspólne egzaminy kompetencyjne. Całość spina cyfrowy indeks kompetencji, który rejestruje osiągnięcia, uprawnienia i doświadczenia w misjach – ułatwiając przydziały i planowanie szkolenia. Rezultatem ma być system, w którym współpraca cywilno-wojskowa podnosi jakość i szybkość nabywania kluczowych umiejętności.

- Medycyna pola walki i ratownictwo taktyczne – priorytety rozwoju

To domena, w której sekundy i prostota procedur decydują o przeżyciu. Omawiamy standaryzację TCCC, szkolenie w kontroli krwotoków, drożności dróg oddechowych i hipotermii, zastosowanie krwi pełnej, ultrasonografii polowej i szybkiej ewakuacji medycznej. Poruszamy temat symulacji urazowych w środowiskach o ograniczonych zasobach i współpracy z komponentami operacyjnymi. Wnioskiem będzie plan rozwoju kompetencji medycyny pola walki na 3-5 lat oraz kryteria ich weryfikacji w ćwiczeniach i certyfikacjach.

- Ścieżka kariery lekarza wojskowego – etapy i kamienie milowe

Proponujemy uporządkowaną ścieżkę: wejście i szkolenie wstępne (lata 1-2), szkolenie specjalizacyjne (lata 3-8), samodzielna praktyka i rozwój kompetencji (lata 9-15), stanowiska kierownicze/specjalistyczne (lata 16-20), doświadczony specjalista (lata 21-25), oraz mentoring po 26 roku służby. Każdy etap wiąże się z wymaganiami kompetencyjnymi, portfelem ról, uprawnieniami zabiegowymi i adekwatnym wynagrodzeniem. Wprowadzamy równoległe ścieżki – ekspercką i leaderską – aby umożliwić awans bez konieczności opuszczania praktyki klinicznej. Matryca ścieżki powiązana jest z katalogiem kursów, staży i oceną efektów pracy. Proponowany model wzmacnia poczucie sensu i przewidywalność kariery.

- Rekomendacje i propozycje rozwiązań systemowych

Zamykamy całość pakietem propozycji: lekarz-specjalista jako cel modelu organizacyjnego, reforma kształcenia pod potrzeby wojska, poprawa warunków finansowych i ścieżek awansu, wzmocnienie i reorganizacja wojskowej służby zdrowia, trwałe wsparcie psychiczne oraz programy dla rodzin. Uzupełniamy to koncepcją „lekarz w rezerwie” – aktywnego wykorzystania potencjału na rzecz bezpieczeństwa medycznego państwa i sił zbrojnych, w tym szybkiej mobilizacji kompetencji i interoperacyjnej certyfikacji. Każdej rekomendacji przypisujemy odpowiedzialnych, wskaźnik sukcesu i horyzont realizacji. Cel – przełożyć ideę na plan działania, który realnie odwraca trend deficytu.

16.40 Zakończenie konferencji



ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

dyrekcja@wim.mil.pl

tel. 261 817 666