

# raport

**Przywrócić rangę,  
zatrzymać talenty –  
strategia rewitalizacji  
korpusu lekarzy  
Sił Zbrojnych RP**

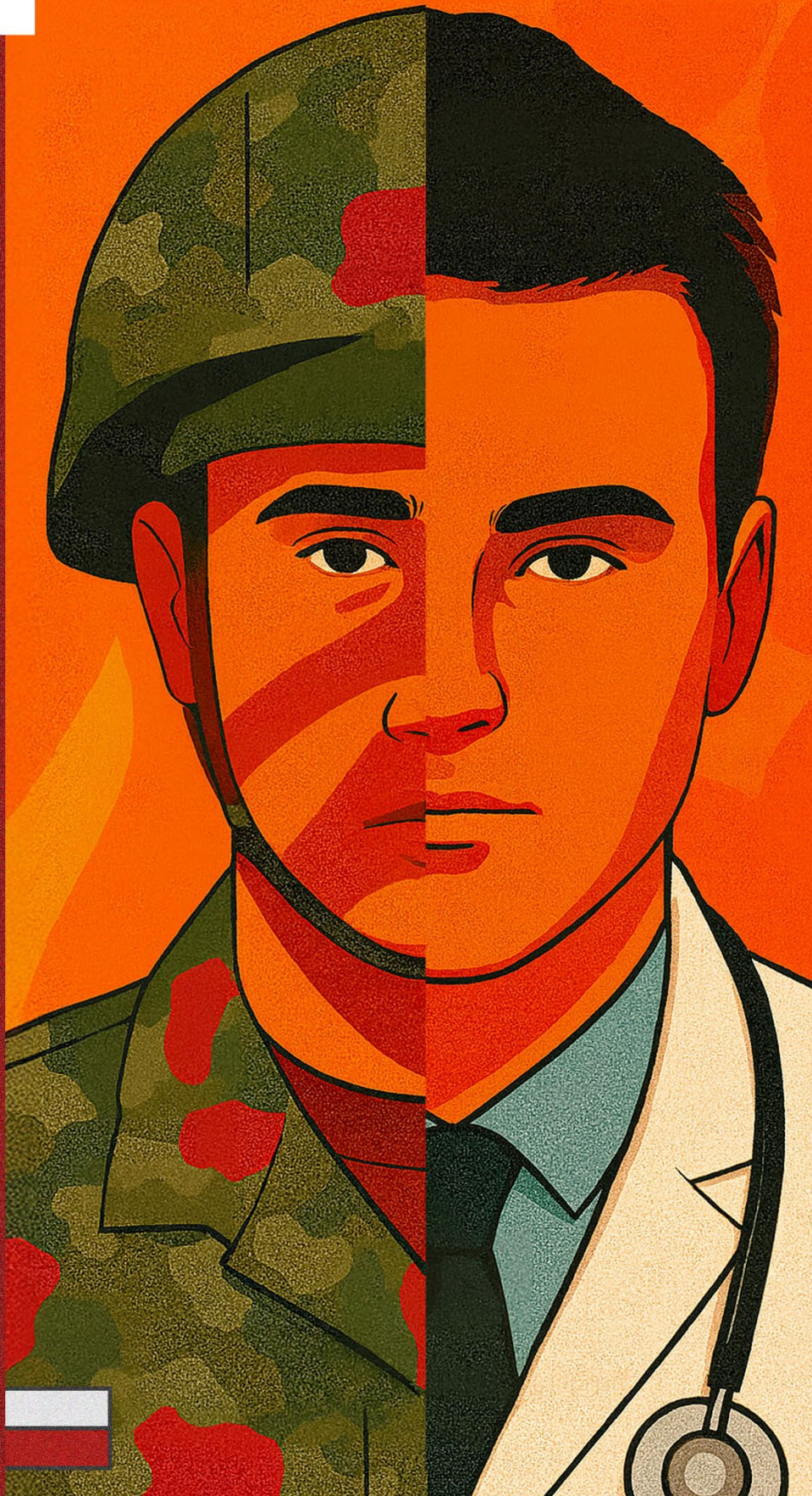
Diagnoza deficytów  
kadrowych oraz  
program reform  
strukturalnych  
wojskowej służby  
zdrowia

Autor główny i redakcja naukowa:

gen. broni prof. dr hab. n. med.  
Grzegorz Gielera

Współautorzy:

dr hab. n. med. Justyna Klingemann  
mgr Paweł Wiktorzak



# RAPORT

## **Przywrócić rangę, zatrzymać talenty – strategia rewitalizacji korpusu lekarzy Sił Zbrojnych RP**

### **Diagnoza deficytów kadrowych oraz program reform strukturalnych wojskowej służby zdrowia**

*Motto: Pokój daje nam tylko jedną szansę – przygotować medyków na wojnę.  
Kto zlekceważy ten czas, zapłaci życiem w chwili kryzysu.*

Autor główny i redakcja naukowa:  
gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

Współautorzy:  
dr hab. n. med. Justyna Klingemann  
mgr Paweł Wiktorzak

## Spis treści

<b>Streszczenie</b> .....	5
<b>1. Wojskowa służba zdrowia w Polsce – diagnoza kryzysu i kierunki systemowej odbudowy potencjału kadrowego</b> .....	8
<b>2. Lekarze wojskowi w Polsce – analiza aktualnej kondycji zawodowej i systemowej</b> .....	11
2.1. Człowiek w strukturze – odpowiedzialność i zadania w systemie wojskowej opieki zdrowotnej .....	11
2.1.1. Perspektywa żołnierza jako beneficjenta systemu medycznego .....	14
2.2. Siła systemu w liczbach – potencjał i niedobory kadrowe korpusu medycznego Sił Zbrojnych RP .....	15
2.2.1. Prognozy kadrowe i scenariusze 2026-2035 – narzędzie planowania strategicznego .....	19
2.3. Kryzys kadrowy w wojskowej medycynie – między dziedzictwem przeszłości a potrzebą systemowej odbudowy .....	20
<b>3. Wyzwania i systemowe bariery w służbie lekarzy wojskowych – diagnoza, konsekwencje, kierunki niezbędnych zmian</b> .....	24
3.1. Struktura obciążeń i specyfika służby lekarza wojskowego .....	24
3.1.1. Standardy NATO wobec lekarzy wojskowych .....	25
3.2. Środowisko służby i pracy lekarza wojskowego w Siłach Zbrojnych RP .....	27
3.3. Sposób finansowania personelu medycznego w siłach zbrojnych – między obowiązkiem służby państwu a konkurencyjnością rynkową .....	29
3.3.1. Zagrożenia, wyzwania i potrzeby związane z prowadzeniem skutecznej polityki kadrowej wobec personelu medycznego Sił Zbrojnych RP .....	30
3.3.2. Architektura sojusznicych innowacji – systemy motywacyjne w medycynie wojskowej państw NATO .....	33
3.4. Ramy prawne i organizacyjne służby lekarzy wojskowych – podstawy skuteczności i rekomendowane kierunki zmian .....	37
3.4.1. Mapa legislacyjna reform i harmonogram prac .....	42
3.4.2. Reforma w praktyce – trzy decyzje, które w okresie 6 miesięcy realnie poprawią zdolność do zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych .....	44
<b>4. Od harmonizacji oczekiwań do optymalizacji systemu wojskowej służby zdrowia w Siłach Zbrojnych RP</b> .....	47
4.1. Transformacja systemu medycyny wojskowej w świetle doświadczeń i standardów NATO – w kierunku interoperacyjności i odporności .....	47
4.2. Wspólne doświadczenia, narodowe rozwiązania – model adaptacji praktyk sojusznicych w systemie służby zdrowia Sił Zbrojnych RP .....	51
<b>5. Lekarz i armia – wspólna misja, wspólna odpowiedzialność. Nowe otwarcie, czyli od kryzysu do konstruktywnej zmiany</b> .....	55
5.1. Od kryzysu do reformy – medycyna jako probierz siły i odporności Sił Zbrojnych RP .....	55
5.2. Propozycja ścieżki kariery lekarza wojskowego .....	57
Etap I: Wejście do służby i szkolenie wstępne (lata 1-2) .....	57
Etap II: Szkolenie specjalizacyjne (lata 3-9) .....	59
Etap III: Samodzielna praktyka i rozwój kompetencji (lata 10-16) .....	64
Etap IV: Stanowiska kierownicze i specjalistyczne (lata 17-23) .....	66
Etap V: Doświadczony specjalista przed emeryturą (lata 24-27) .....	68
<b>6. Wnioski i rekomendacje</b> .....	70
1. Reforma systemu kształcenia lekarzy na potrzeby wojska .....	70
2. Budowa konkurencyjnej wobec rynku cywilnego ścieżki rozwoju zawodowego jako instrument retencji kadry lekarskiej na potrzeby Sił Zbrojnych RP .....	73
3. Poprawa warunków finansowych i ścieżek awansu – architektura kariery .....	74
4. Wzmocnienie i reorganizacja wojskowej służby zdrowia – reforma ram i instytucji, bez której nowe otwarcie nie zadziała .....	75
5. Monitoring i ewaluacja reform – mierniki i odpowiedzialność .....	78

*Autor dziękuje ppłk dr n. med. Agacie Będzichowskiej, mjr dr n. med. Adamowi Durmie, mgr Marcie Góreckiej, ppłk dr n. med. Agnieszce Grabińskiej, płk prof. dr hab. n. med. Pawłowi Krześcińskiemu, mgr Michałowi Madeyskiemu, mgr Joannie Niedzińskiej oraz kpt. lek. Sebastianowi Sidorowiczowi za lekturę manuskryptu i przekazane uwagi, które pozwoliły doprecyzować argumentację oraz poprawić przejrzystość raportu.*

*Dziękuję także Panu Krzysztofowi Gontarskiemu i Pani Oldze Saracen za staranne przygotowanie rycin zamieszczonych w raporcie, których przemyślana forma graficzna w istotny sposób podniosła czytelność i przejrzystość prezentowanych treści.*

## Streszczenie

Aktualne dane kadrowe dokumentują krytyczną sytuację wojskowej służby zdrowia. Spośród 1506 etatów lekarskich przewidzianych w strukturach Wojska Polskiego obsadzonych pozostaje zaledwie 888 stanowisk, co przekłada się na 59% pokrycie etatowe oraz deficyt 618 lekarzy różnych specjalności. Współczynnik zabezpieczenia medycznego wynosi obecnie około 260 żołnierzy na jednego lekarza wojskowego – wartość dramatycznie przekraczająca standard NATO zakładający proporcję 1:100, co w kontekście planowanego zwiększenia liczebności armii o kolejne 100 tysięcy żołnierzy zapowiada dalsze pogłębienie deficytu kadry medycznej.

Szczególnie krytyczna sytuacja dotyczy zabezpieczenia psychiatrycznego – w czynnej służbie pozostaje zaledwie 13 specjalistów, podczas gdy około 20 lekarzy dopiero odbywa szkolenie specjalizacyjne. Równie poważne niedobory widoczne są w grupie ratowników medycznych, gdzie obsada utrzymuje się na poziomie około 57% normy etatowej. Przedstawione wskaźniki przekładają się bezpośrednio na ryzyko obniżenia zdolności operacyjnych wojska – prowadzą do wydłużenia czasów ewakuacji medycznej, zmniejszenia przeżywalności rannych w warunkach pola walki oraz spowolnienia tempa przywracania gotowości operacyjnej jednostek po wystąpieniu strat sanitarnych.

Sedno kryzysu kadrowego nie sprowadza się wyłącznie do kwestii wynagrodzeń. Badania środowiskowe ujawniają fundamentalną dysfunkcję alokacji czasu służbowego – 44% lekarzy wojskowych identyfikuje nadmierne obciążenie zadaniami administracyjno-logistycznymi jako główną barierę efektywnego funkcjonowania zawodowego, podczas gdy zaledwie 13% wskazuje poziom uposażenia jako problem priorytetowy.

Równocześnie dane dotyczące samooceny gotowości operacyjnej sygnalizują głęboki kryzys kompetencyjny – 38% oficerów-lekarzy uznaje własne przygotowanie do działań militarnych za niewystarczające. Ten alarmujący wskaźnik stanowi bezpośrednią konsekwencję systemowego marnotrawstwa zasobów ludzkich – wykwalifikowani lekarze specjaliści, zamiast doskonalić umiejętności kliniczne, uczestniczyć w szkoleniach taktycznych czy odnawiać certyfikacje z zakresu medycyny pola walki, są angażowani w rutynowe czynności administracyjne niemające związku z ich najważniejszymi kompetencjami.

Zasadnicze przesłanie pozostaje jednoznaczne – gotowość medyczna warunkuje gotowość operacyjną, a bez szybkich korekt organizacyjnych i średnioterminowych reform strukturalnych nie zostanie odtworzona odporność operacyjna Sił Zbrojnych RP.

W okresie pierwszych trzech miesięcy zaproponowanego w raporcie programu naprawczego należy podjąć trzy decyzje kluczowe dla odbudowy potencjału wojskowej służby zdrowia. Pierwsza – fundamentalna – to natychmiastowe usunięcie zadań pozamedycznych z zakresu obowiązków lekarzy w jednostkach liniowych. Pozwoli to odzyskać co najmniej 20% czasu służbowego traconego obecnie na biurokrację i przeznaczyć go na praktykę kliniczną oraz doskonalenie zawodowe.

Równolegle Departament Wojskowej Służby Zdrowia wdroży system obligatoryjnych rotacji klinicznych dla całego personelu medycznego jednostek wojskowych. Program obejmie regularne staże w Wojskowym Instytucie Medycznym – PIB oraz wojskowych szpitalach klinicznych, z dyżurami w centrach urazowych, udziałem w zabiegach na blokach operacyjnych i pracą w oddziałach intensywnej terapii. Zapewni to utrzymanie i rozwój kompetencji w traumatologii, anestezjologii i medycynie ratunkowej – umiejętności kluczowych w warunkach przedłużonej opieki polowej oraz zarządzania zdarzeniami masowymi wymagającymi szybkiej segregacji i stabilizacji dużej liczby rannych.

Trzeci filar reformy stanowi uruchomienie zintegrowanego programu Field-Ready Military Physician, który połączy obecnie rozproszone szkolenia w jeden spójny certyfikowany system kwalifikacji obszaru medycyny wojskowej. Wojskowy Instytut Medyczny – PIB we współpracy z DWSZdr opracuje i wdroży kurs obejmujący moduły Tactical Combat Casualty Care, Advanced Trauma Life Support, protokoły Damage Control Resuscitation (Surgery), procedury Prolonged Casualty Care w warunkach ograniczonych możliwości przeprowadzenia ewakuacji medycznej, zarządzanie zdarzeniami masowymi według standardów MASCAL oraz komponent reagowania na zagrożenia chemiczne, biologiczne, radiologiczne i nuklearne.

W horyzoncie 6-12 miesięcy niezbędne jest ustabilizowanie trzech filarów strukturalnych wojskowej służby zdrowia.

Najważniejszym priorytetem pozostaje konsolidacja dowodzenia medycznego poprzez integrację rozproszonych obecnie kompetencji kadrowych, budżetowych i operacyjnych w ramach Dowództwa Medycznego odpowiedzialnego za kompleksowe zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych RP. Równolegle konieczne jest zwiększenie dostępności miejsc specjalizacyjnych z puli MON poprzez wprowadzenie transparentnych kryteriów kwalifikacji oraz jasno zdefiniowanych procedur odwoławczych.

System motywacyjny powinien premiować dodatkami kompetencyjnymi specjalizacje krytyczne dla zabezpieczenia operacji wojskowych – anestezjologię i intensywną terapię, chirurgię ogólną i ortopedyczną, choroby wewnętrzne, medycynę ratunkową oraz choroby zakaźne. Komplementarnym działaniem jest zwiększenie liczby miejsc akredytacyjnych w wojskowych podmiotach leczniczych ubiegających się o status ośrodków szkoleniowych – rozszerzenie bazy dydaktycznej odciaży wiodące centra kliniczne przy zachowaniu standardów jakości kształcenia.

Wszystkie przedstawione działania pozostają w pełnej zgodności z mapą legislacyjną oraz modelem progresywnej ścieżki kariery szczegółowo opisanymi w niniejszym opracowaniu.

Model ścieżki kariery lekarza wojskowego stanowi kręgosłup proponowanej reformy i ma kluczowe znaczenie dla zatrzymania talentów w mundurze. Propozycja zakłada przewidywalny, około 25-letni cykl służby – od wejścia do systemu, przez etap szkolenia i specjalizacji oraz okres intensywnej praktyki kliniczno-operacyjnej, aż po objęcie stanowisk kierowniczych i rolę eksperta po osiągnięciu uprawnień emerytalnych. Zaprojektowana ścieżka kariery łączy ambicję kliniczną z etosem służby, tworząc ofertę zawodową realnie konkurencyjną wobec rynku cywilnego.

Analiza systemowa wymaga sformułowania precyzyjnych wytycznych dla dwóch kluczowych grup decyzyjnych odpowiedzialnych za transformację wojskowej służby zdrowia.

Dowódcy jednostek wojskowych muszą uznać za obowiązujący standard postępowania kluczową zasadę alokacji zasobów ludzkich: lekarz wojskowy powinien koncentrować się na praktyce klinicznej i doskonaleniu zawodowym, nie zaś na zarządzaniu magazynami czy prowadzeniu dokumentacji administracyjnej. Każda godzina przywrócona działalności medycznej przekłada się bezpośrednio na wzrost kompetencji operacyjnych i realną zdolność do ratowania życia w warunkach pola walki.

Resort Obrony Narodowej powinien priorytetowo wdrożyć pakiet instrumentów powstrzymujących exodus z szeregów armii wykwalifikowanej kadry medycznej. Gwarancja dostępu do szkoleń specjalizacyjnych, wprowadzenie dodatków kompetencyjnych premiujących kluczowe umiejętności wojskowo-medyczne, podobnie jak ustanowienie autonomicznego dowództwa medycznego stanowią warunki konieczne do zniwelowania bieżącego deficytu kadrowego wśród lekarzy wojskowych.

Przedstawione w raporcie wnioski i rekomendacje opierają się na rzetelnych, popartych doświadczeniem analizach Wojskowego Instytutu Medycznego – PIB oraz na sprawdzonych praktykach państw NATO. Doświadczenia sojusznicze jednoznacznie potwierdzają, że zintegrowane podejście, łączące reformę finansowania, reorganizację strukturalną i systematyczny rozwój zawodowy, przynosi trwalszy efekt retencyjny niż fragmentaryczne bodźce motywacyjne.

# 1. Wojskowa służba zdrowia w Polsce – diagnoza kryzysu i kierunki systemowej odbudowy potencjału kadrowego

Służba zdrowia w siłach zbrojnych (SZ) stanowi podstawowy komponent zdolności obronnych państwa – lekarze wojskowi zapewniają nie tylko kompleksowe zabezpieczenie medyczne żołnierzy stacjonujących w kraju i realizujących zadania w ramach misji ekspedycyjnych, ale również stanowią krytyczny zasób reagowania kryzysowego, w tym decydują o skuteczności ratownictwa pola walki w warunkach konfliktu zbrojnego.

Armia oczekuje od lekarzy profesjonalizmu i gotowości do działania w niemal każdych warunkach, natomiast lekarze oczekują od SZ takiej organizacji służby, która zapewni pełne wykorzystanie ich kompetencji, przewidywalne warunki pełnienia obowiązków, realne ścieżki rozwoju i awansu, możliwość regularnej praktyki klinicznej, adekwatne wsparcie administracyjno-logistyczne oraz zachowanie równowagi między służbą a życiem prywatnym.

Narastająca od ponad dwóch dekad asymetria między ofertą wojska a rzeczywistymi potrzebami korpusu medycznego doprowadziła do obecnego kryzysu kadrowego, dlatego zanim zostaną przedstawione konkretne propozycje interwencji systemowych, konieczne jest precyzyjne rozpoznanie przyczyn obecnych uwarunkowań.

Identyfikacja czynników sprawczych jest bowiem w tych warunkach nie tylko imperatywem poznawczym – w kantowskim sensie rozumu dążącego do ustalenia związków przyczynowo-skutkowych, ale także praktyczną koniecznością, warunkującą projektowanie skutecznych i proporcjonalnych interwencji naprawczych, adekwatnych do wyzwań współczesności oraz kolejnych dekad rozwoju medycyny wojskowej.

Niniejsze opracowanie prezentuje kompleksową analizę aktualnego statusu zawodowego lekarzy wojskowych w Polsce, identyfikując jednocześnie kierunki niezbędnych reform systemowych warunkujących trwałą odbudowę potencjału kadrowego wojskowej służby zdrowia (WSZdr).

Zakres analizy obejmuje cztery kluczowe obszary: strukturę zatrudnienia wraz z diagnozą deficytów kadrowych, krytyczne problemy dotyczące warunków pełnienia służby wojskowej przez personel medyczny, analizę porównawczą rozwiązań stosowanych w armiach państw NATO oraz katalog potencjalnych instrumentów motywacyjnych zwiększających atrakcyjność służby wojskowej dla absolwentów kierunku wojskowo-lekarskiego.

Integralnym elementem prezentowanego materiału jest modelowa ścieżka rozwoju zawodowego oficera korpusu medycznego, zakładająca 25-letni okres służby zawodowej z uwzględnieniem 6-letniego cyklu szkolenia specjalizacyjnego, oraz zestaw konkretnych rekomendacji naprawczych adresujących zidentyfikowane dysfunkcje systemowe.

Zasadniczym założeniem analizy jest uznanie, że skuteczna reforma WSZdr wymaga podejścia systemowego i wielowymiarowego. Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie wskazują, że nie istnieje pojedyncze, uniwersalne rozwiązanie – metaforyczna „srebrna kula”, które samodzielnie mogłoby rozwiązać złożone problemy kadrowe współczesnych sił zbrojnych. Efektywność reform zależy od przemyślanej kombinacji różnorodnych narzędzi motywacyjnych, finansowych, prawnych i organizacyjnych, które muszą być precyzyjnie zsynchronizowane z realiami krajowego rynku pracy oraz specyfiką kultury organizacyjnej wojska. Tylko holistyczne podejście, uwzględniające zarówno aspiracje zawodowe lekarzy, dynamikę zmian cywilnego sektora medycznego, jak i unikalne wymagania służby wojskowej, może przynieść trwałą poprawę sytuacji kadrowej w wojskowej opiece zdrowotnej.

Celem raportu jest zainicjowanie debaty strategicznej, która doprowadzi do uruchomienia reform strukturalnych – bez radykalnego przekształcenia wojskowej służby zdrowia w system konkurencyjny dla najlepszych specjalistów medycznych, Polska utraci zdolność do zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, co w perspektywie rosnących zagrożeń bezpieczeństwa stanowi niedopuszczalne ryzyko dla integralności obronnej państwa.

Opracowanie zostało oparte na wielowymiarowej metodologii badawczej, integrującej krytyczną analizę systemową aktualnego stanu WSZdr z pogłębioną diagnozą uwarunkowań środowiskowych określających funkcjonowanie lekarzy wojskowych w Polsce. Przyjęta metodologia łączy krzyżową weryfikację danych z pogłębioną oceną czynników strukturalnych, pozwalając na holistyczne zrozumienie mechanizmów wpływających na kondycję korpusu medycznego Sił Zbrojnych RP.

Za podstawowe narzędzie analityczne uznano krytyczną ocenę status quo obejmującą warunki rozwoju zawodowego oficerów medycznych, mechanizmy finansowania wojskowej służby zdrowia, ścieżki awansu oraz bariery systemowe ograniczające retencję kadr. Przygotowana ocena została wzbogacona o serię pogłębionych wywiadów środowiskowych przeprowadzonych z przedstawicielami wszystkich szczebli wojskowej hierarchii medycznej – od młodych lekarzy rozpoczynających służbę po doświadczonych konsultantów krajowych, od dowódców jednostek po decydentów odpowiedzialnych za politykę kadrową resortu obrony narodowej.

Komplementarnym źródłem danych były analizy socjologiczne badające percepcję służby wojskowej wśród studentów i absolwentów kierunku wojskowo-lekarskiego, motywacje i bariery podejmowania kariery lekarskiej w mundurze oraz czynniki określające decyzje o kontynuacji lub zakończeniu służby.<sup>1</sup> Szczególną wartość poznawczą wniosło wieloletnie doświadczenie zawodowe autorów raportu – praktyków wojskowej służby zdrowia, dysponujących bezpośrednią wiedzą o funkcjonowaniu systemu, jego dysfunkcjach i ograniczeniach w zakresie wykorzystania potencjału rozwojowego. Synteza

---

<sup>1</sup> Lekarze w mundurach: co naprawdę stoi za kryzysem i jak go przezwyciężyć? Defence24, 2025.  
<https://defence24.pl/polityka-obronna/lekarze-w-mundurach-co-naprawde-stoi-za-kryzysem-i-jak-go-przezwyciezyc-analiza>

przyjętej perspektywy z obiektywnymi danymi empirycznymi umożliwiła sformułowanie rekomendacji zakorzenionych zarówno w realiach służby, jak i najlepszych praktykach międzynarodowych.

Zachowując pragmatyzm i nie ulegając złudzeniom próżnych nawiązań do przeszłości, niniejszy dokument zawiera syntetyczną analizę porównawczą rozwiązań stosowanych w armiach państw NATO wraz z rekomendacjami dostosowanymi do polskich realiów – obejmującymi zmiany organizacyjne, kadrowe, szkoleniowe i finansowe, które mogą realnie podnieść skuteczność i efektywność funkcjonowania wojskowej służby zdrowia.

## **2. Lekarze wojskowi w Polsce – analiza aktualnej kondycji zawodowej i systemowej**

### **2.1. Człowiek w strukturze – odpowiedzialność i zadania w systemie wojskowej opieki zdrowotnej**

Współczesne środowisko bezpieczeństwa stawia przed państwami fundamentalne wyzwania, w których kluczową rolę odgrywa sprawny system opieki zdrowotnej zdolny do funkcjonowania w warunkach kryzysu. Doświadczenia ostatnich lat, zwłaszcza trwająca na Ukrainie wojna dowodzą, że służba zdrowia stanowi jeden z krytycznych zasobów decydujących o przetrwaniu państwa i społeczeństwa w czasie konfliktu zbrojnego lub zdarzeń masowych. W tym kontekście lekarze wojskowi – oficerowie korpusu medycznego – zyskują strategiczne znaczenie dla architektury bezpieczeństwa narodowego. Ich profesjonalizm wprost determinuje zdolność operacyjną sił zbrojnych, a jednocześnie wzmacnia odporność systemu bezpieczeństwa medycznego państwa na zagrożenia hybrydowe i konwencjonalne. Rosnące znaczenie kształcenia i retencji wykwalifikowanych kadr medycznych w strukturach wojskowych zostało uznane za jeden z filarów bezpieczeństwa narodowego. Konsekwencją tej zmiany jest systematyczny rozwój medycyny wojskowej, gdzie zdrowie żołnierzy i gotowość medyczna zostały włączone do strategii obronnej państwa jako element równorzędny z modernizacją techniczną.

Lekarze wojskowi realizują zadania we wszystkich formacjach Sił Zbrojnych RP – w Wojskach Lądowych, Marynarce Wojennej, Siłach Powietrznych, Wojskach Specjalnych oraz Wojskach Obrony Terytorialnej – funkcjonując zarówno na poziomie taktycznym batalionów i brygad liniowych, jak i w wielospecjalistycznych wojskowych szpitalach klinicznych oraz instytutach badawczych podległych Ministrowi Obrony Narodowej. Międzynarodowy wymiar ich służby obejmuje uczestnictwo w misjach ekspedycyjnych realizowanych w ramach zobowiązań sojuszniczych i mandatów międzynarodowych oraz pełnienie służby na stanowiskach strukturalnych NATO.

Charakterystyka służby lekarza wojskowego – oficera łączącego kompetencje medyczne z wymogami służby wojskowej – wymaga unikalnego zestawu umiejętności: zdolności do udzielania zaawansowanej pomocy medycznej w warunkach ekstremalnych przy jednoczesnym zachowaniu dyscypliny taktycznej i gotowości do przejęcia dowodzenia zespołem ratownictwa medycznego. Generał Stefan Hubicki trafnie zdefiniował tę dwoistość: „*lekarz wojskowy niesie pomoc oraz potrafi stosować się do rozkazów i je wydawać*” – myśl ta oddaje istotę służby wymagającej zarówno empatii medyka, jak i stanowczości dowódcy zdolnego do podejmowania krytycznych decyzji w warunkach stresu pola walki i deficytu zasobów.

*Medycyna wojskowa została ukształtowana przez unikalne wymagania środowiska pola walki, generując wysoce wyspecjalizowane dziedziny wiedzy i umiejętności niezbędne dla zabezpieczenia medycznego operacji wojskowych. Żołnierze korpusu medycznego obligatoryjnie opanowują fachowe zagadnienia dotyczące medycyny lotniczej – kluczowej dla kwalifikacji i monitorowania stanu zdrowia personelu latającego, medycynę morską – zabezpieczającą długotrwałe rejsy łodzi i okrętów, oraz medycynę hiperbaryczną niezbędną przy operacjach nurków. Równie istotna pozostaje medycyna tropikalna, przygotowująca lekarzy do działania w strefach endemicznego występowania malarii, dengi czy gorączek krwotocznych podczas misji ekspedycyjnych w Afryce i Azji.*

Ten wielowymiarowy profil kompetencyjny – synteza wiedzy z zakresu medycyny środowiskowej, klinicznej i operacyjnej – przekłada się bezpośrednio na zdolność adaptacji do każdego teatru działań, niezależnie od szerokości geograficznej czy strefy klimatycznej. Kompleksowe przygotowanie merytoryczne umożliwia lekarzom wojskowym skuteczne zabezpieczenie medyczne operacji prowadzonych w ekstremalnych warunkach – od arktycznych regionów Norwegii po pustynie Iraku, od wysokogórskich terenów Afganistanu po tropikalne dżungle Afryki Środkowej. Zdolność do adaptacji protokołów medycznych do zmiennych warunków klimatycznych, logistycznych i taktycznych decyduje o zachowaniu ciągłości operacyjnej jednostek wojskowych, gdzie każdy żołnierz wyłączony ze służby z powodów zdrowotnych oznacza wymierną redukcję potencjału operacyjnego oddziału.

Szczególną domenę ekspertyzy wojskowych medyków stanowi traumatologia pola walki – zaawansowane leczenie ran postrzałowych z uwzględnieniem balistyki końcowej, obrażeń wybuchowych charakteryzujących się rozległymi uszkodzeniami tkanek miękkich i narządów wewnętrznych, oraz zespołu crush syndrome występującego po długotrwałym ucisku. Dodatkowym, zyskującym obecnie coraz większe znaczenie wymiarem kompetencji jest psychiatria wojskowa, koncentrująca się na rozpoznawaniu i leczeniu ostrej reakcji na stres pola walki, zespołu stresu pourazowego oraz długoterminowych konsekwencji psychologicznych ekspozycji na traumę wojenną, w tym mikrouszkodzeń mózgu.

Sprawnie funkcjonujący system wojskowej służby zdrowia stanowi integralny komponent odporności państwa na zagrożenia hybrydowe i konwencjonalne. W warunkach konfliktu zbrojnego, pandemii lub zdarzenia masowego zasoby medyczne sił zbrojnych stają się krytycznym elementem wsparcia i strategicznej rezerwy dla przeciążonego systemu cywilnej opieki zdrowotnej. Doświadczenia wojny na Ukrainie niezbicie dowodzą, że wydolność systemu ochrony zdrowia określa zdolność państwa do przetrwania przedłużającego się kryzysu militarnego – zniszczenie infrastruktury medycznej i exodus personelu medycznego skutkują katastrofą humanitarną przekraczającą bezpośrednie straty pola walki.

W tym kontekście decydujące znaczenie ma więc utrzymanie odpowiedniej liczby lekarzy wojskowych oraz personelu pomocniczego przeszkolonego do działania w warunkach ekstremalnego obciążenia psychofizycznego, deficytu zasobów i zagrożenia operacyjnego. Aktualnie w strukturach sił zbrojnych służy około 830 lekarzy przygotowanych do zabezpieczenia medycznego operacji wojskowych i reagowania kryzysowego – liczba nieadekwatna do potrzeb ponad 200-tysięcznej armii

funkcjonującej w warunkach konfliktu wysokiej intensywności czy równoczesnego wystąpienia zagrożenia epidemicznego.

*Deficyt ten nabiera szczególnego znaczenia w kontekście rosnących ambicji modernizacyjnych polskich sił zbrojnych – zwiększanie liczebności wojska bez proporcjonalnego rozwoju komponentu medycznego prowadzi do niebezpiecznego rozchwiania proporcji między potencjałem bojowym a możliwościami zabezpieczenia medycznego, podważając wiarygodność doktryny obronnej państwa.*

Paradoks obecnej sytuacji polega na tym, że właśnie w momencie krytycznych niedoborów kadrowych rola WSZdr wykracza coraz bardziej poza tradycyjne ramy zabezpieczenia operacji militarnych, stając się nieodzownym elementem architektury bezpieczeństwa narodowego. Jak wspomniano wcześniej, wojskowy korpus medyczny stanowi kluczową rezerwę operacyjną państwa w obliczu kryzysów niemilitarnych, wykraczając daleko poza tradycyjne zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych. Lekarze i ratownicy wojskowi są regularnie angażowani jako siły pierwszego reagowania podczas zdarzeń masowych – katastrofy naturalne – trzęsienia ziemi i powodzie, ataki terrorystyczne z użyciem środków CBRN czy katastrofy komunikacyjne. Unikalne przeszkolenie w masowym triażu, organizacji punktów medycznych w warunkach polowych oraz zarządzaniu kryzysowym czyni ich niezbędnym elementem narodowego systemu reagowania kryzysowego.

Doświadczenia zdobyte podczas tych ekstremalnych interwencji – podobnie jak wiedza wyniesiona z teatrów działań wojennych – stają się katalizatorem postępu medycznego, którego beneficjentem jest całe społeczeństwo. Historia medycyny dowodzi, że przełomowe innowacje powstałe w warunkach pola walki systematycznie rewolucjonizują cywilną opiekę zdrowotną. Stazy taktyczne, które ratowały życie żołnierzy w Afganistanie, stanowią dziś standardowe wyposażenie każdej karetki pogotowia ratunkowego. Protokoły damage control surgery (DCS) opracowane dla ofiar improwizowanych ładunków wybuchowych zostały zaadaptowane do leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi

w krajowych centrach urazowych. Urządzenia do szybkich, masywnych przetoczeń krwi, rozwinięte dla stabilizacji rannych z krwotokami, ratują życie ofiar wypadków przemysłowych i komunikacyjnych. Systemy telemedyczne, pierwotnie służące zabezpieczeniu medycznemu patroli w afgańskich prowincjach, umożliwiają dziś prowadzenie konsultacji specjalistycznych w najbardziej oddalonych regionach kraju pozbawionych infrastruktury szpitalnej. Współczesna medycyna wojskowa kontynuuje tę tradycję innowacji – rozwija zaawansowane systemy sztucznej krwi, autonomiczne drony ewakuacji medycznej oraz algorytmy AI wspomagające triażowanie, które w perspektywie dekady z całą pewnością zrewolucjonizują ratownictwo medyczne.

Dowódcy szczebla operacyjnego konsekwentnie podkreślają fundamentalną prawdę – pełna gotowość medyczna determinuje powodzenie operacji militarnych i stanowi krytyczny filar bezpieczeństwa narodowego. Konsekwencją tego rozpoznania musi być traktowanie komponentu medycznego jako równorzędnego z wojskami pancernymi czy lotnictwem bojowym, co wymaga proporcjonalnych inwestycji w kształcenie specjalistyczne kadr, modernizację wyposażenia oraz – kluczowe dla retencji

– radykalną poprawę warunków służby i ścieżek rozwoju zawodowego wojskowego personelu medycznego.

Niezbędna staje się redefinicja doktryny bezpieczeństwa zdrowotnego państwa – zdrowie populacji i gotowość medyczna muszą zostać uznane za strategiczny zasób obronny, a integracja potencjału wojskowej i cywilnej służby zdrowia powinna przybrać formę skoordynowanego systemu podwójnego – cywilno-wojskowego – zastosowania (dual-use). Jedynie tego rodzaju holistyczne podejście zagwarantuje, że WSZdr zrealizuje swoją misję: zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w operacjach wojskowych oraz strategicznej rezerwy systemu ochrony zdrowia w obliczu kryzysów dotyczących całe społeczeństwo.

### **2.1.1. Perspektywa żołnierza jako beneficjenta systemu medycznego**

Z perspektywy żołnierza skuteczność WSZdr determinują cztery kluczowe parametry: dostępność do lekarza, czas oczekiwania na specjalistyczne konsultacje, jakość leczenia chorób i urazów mających związek ze służbą oraz kompleksowość procesu rehabilitacji. Deficyty kadrowe szczegółowo opisane i przedstawione w kolejnych rozdziałach przekładają się bezpośrednio na codzienne doświadczenia kadry sił zbrojnych – wydłużone terminy wizyt, skomplikowane procedury kierowania do placówek specjalistycznych oraz ograniczona dostępność świadczeń rehabilitacyjnych. Konsekwencją tych dysfunkcji jest systematyczna erozja zaufania do systemu zabezpieczenia medycznego w wojsku, co negatywnie wpływa na morale żołnierzy i gotowość operacyjną jednostek, oraz przedłużająca się nieobecność żołnierzy w gotowości do realizacji zadań ze względu na stan zdrowia.

Projektowane reformy muszą zatem przyjąć także perspektywę żołnierza jako kluczowego interesariusza i beneficjenta zmian systemowych. Niezbędne w związku z tym jest ustanowienie gwarantowanych standardów czasowych dostępności świadczeń – zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych – realizowanych w ramach zintegrowanego systemu wojskowej służby zdrowia.

Wiele uwagi w tym zakresie poświęcono do tej pory opracowaniu koncepcji kompleksowego, ogólnokrajowego systemu zabezpieczenia medycznego dedykowanego personelowi wojskowemu. Omawiany model został ostatecznie oparty na zasadzie indywidualnej ścieżki pacjenta, dostosowanej w każdym przypadku do specyficznych potrzeb zdrowotnych żołnierza i realizowanej poprzez funkcjonalnie zintegrowaną sieć wojskowych podmiotów leczniczych. System przewiduje przypisanie pacjenta do placówek właściwego poziomu referencyjnego, zapewniając dostęp do świadczeń poza kolejnością, a opracowane rozwiązanie – oparte na analizie najlepszych praktyk międzynarodowych,

w tym armii USA,<sup>1</sup> oraz uwzględniające specyfikę polskiego systemu obronnego – jest gotowe od dwóch lat do wdrożenia.

Standardy zabezpieczenia medycznego w warunkach operacyjnych – podczas misji zagranicznych, ćwiczeń poligonowych oraz działań militarnych – mają znaczenie krytyczne, gdzie absolutnym priorytetem pozostaje minimalizacja czasu dotarcia do pierwszej pomocy medycznej oraz natychmiastowe uruchomienie procedur ewakuacji MEDEVAC determinujących przeżywalność rannych. Osiągnięcie tych celów wymaga zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych zespołów medycznych, interoperacyjnych systemów łączności oraz sprawnego łańcucha dowodzenia medycznego. Systematyczne wdrażanie opisanych mechanizmów przyniesie wymierną poprawę jakości opieki medycznej żołnierzy, przyczyni się do odbudowy zaufania do systemu oraz wzmocni gotowość bojową jednostek dzięki zapewnieniu skutecznego zabezpieczenia medycznego w każdych warunkach operacyjnych.

## 2.2. Siła systemu w liczbach – potencjał i niedobory kadrowe korpusu medycznego Sił Zbrojnych RP

Dane z ostatnich lat jednoznacznie wskazują na krytyczny deficyt lekarzy wojskowych w stosunku do realnych potrzeb operacyjnych Sił Zbrojnych RP. Według stanu na 2025 rok, spośród 1506 etatów lekarskich przewidzianych w strukturach Wojska Polskiego obsadzonych zostało zaledwie 888 stanowisk, co przekłada się na 59% pokrycie etatowe i deficyt wynoszący 618 lekarzy różnych specjalności (ryc. 1-2).

PLEĆ	K	M	RAZEM
lekarze /40A/	361	527	888
lekarze dentyści /40B/	12	7	19
<b>RAZEM</b>	<b>373</b>	<b>534</b>	<b>907</b>

Rycina 1. Struktura płci w korpusie lekarzy wojskowych.

WIEK	do 30	lat 31-35	lat 36-40	lat 41-45	lat 46-50	lat 51-55	lat pow. 56 lat	RAZEM
lekarze /40A/	375	229	99	26	44	74	41	888
lekarze dentyści /40B/	1	1	3	2	3	5	4	19
<b>RAZEM</b>	<b>367</b>	<b>230</b>	<b>102</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>79</b>	<b>45</b>	<b>907</b>

Rycina 2. Struktura wieku lekarzy wojskowych – profil pokoleniowy korpusu jako wyznacznik zdolności i kierunków odbudowy.

<sup>1</sup> MHS GENESIS: The Electronic Health Record. 2025; <https://www.health.mil/Military-Health-Topics/Technology/MHS-GENESIS>

Konsekwencją tych niedoborów jest alarmująco wysoki współczynnik obciążenia – jeden lekarz wojskowy zabezpiecza medycznie średnio 260-270 żołnierzy przy obecnym stanie liczebnym sił zbrojnych wynoszącym około 216 tysięcy osób (ryc. 3-4).

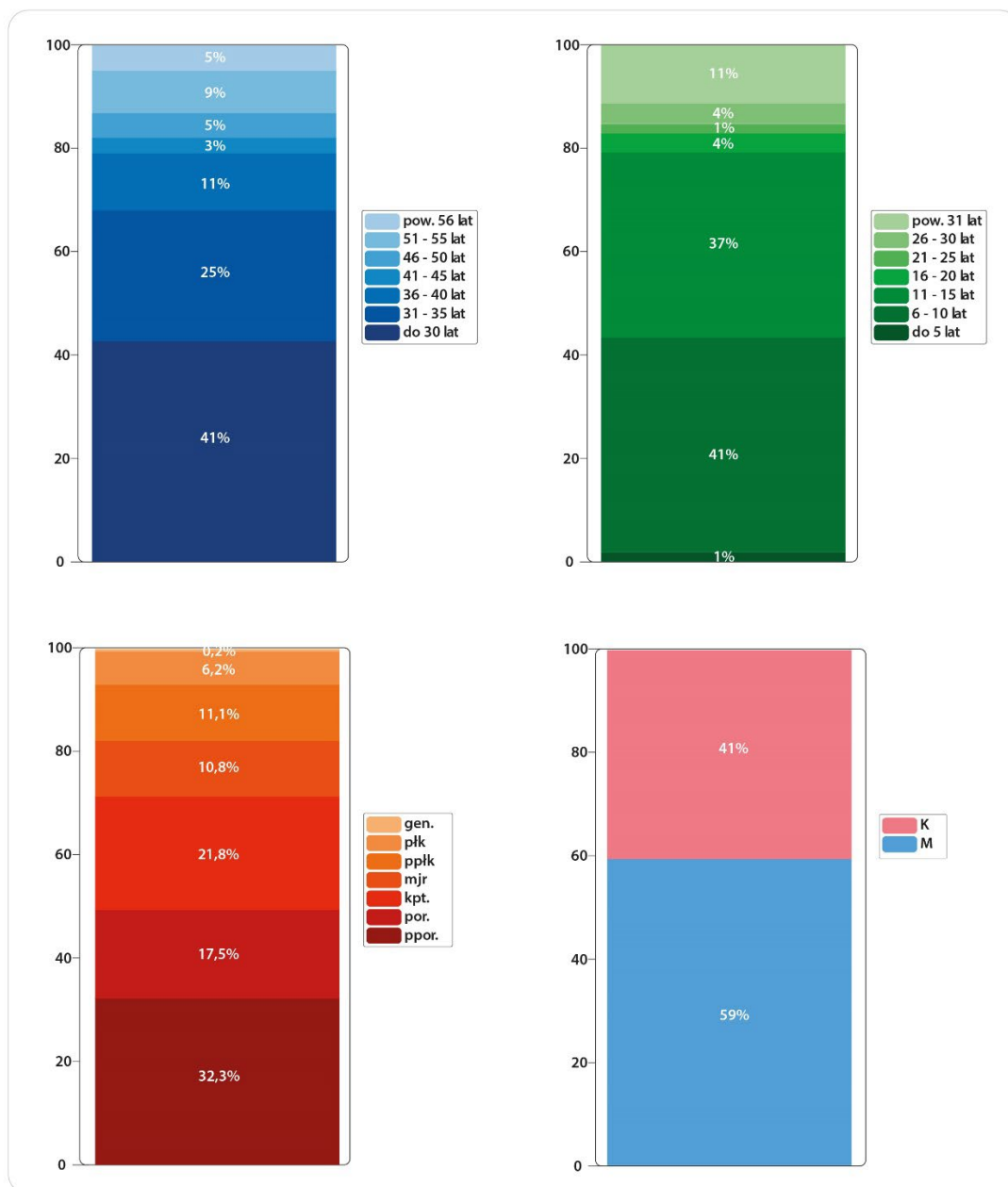
WYŚLUGA	do 5 lat	6-10 lat	11-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	pow. 31 lat	RAZEM
lekarze /40A/	9	367	335	32	9	38	98	888
lekarze dentyści /40B/	3	2	3	5	1	1	4	19
<b>RAZEM</b>	<b>12</b>	<b>369</b>	<b>338</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>39</b>	<b>102</b>	<b>907</b>

Rycina 3. Wyśluga w korpusie lekarzy wojskowych.

STW	ppor.	por.	kpt.	mjr	ppłk	płk	gen.	RAZEM
lekarze /40A/	291	158	187	95	100	55	2	888
lekarze dentyści /40B/	2	1	11	3	1	1	0	19
<b>RAZEM</b>	<b>293</b>	<b>159</b>	<b>198</b>	<b>98</b>	<b>101</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>907</b>

Rycina 4. Struktura stopni wojskowych w korpusie oficerów-lekarzy.

Dla porównania, armie państw NATO stosują znacznie korzystniejszą proporcję, przyjmując za standard operacyjny wskaźnik jednego lekarza na 100 żołnierzy. Paradoks polskiej sytuacji polega na dysponowaniu trzecią co do wielkości armią w Sojuszu Północnoatlantyckim przy równoczesnym zmaganiu się z najpoważniejszym deficytem kadr medycznych wśród głównych kontrybutorów NATO (ryc. 5).



Rycina 5. Demograficzny profil korpusu oficerów-lekarzy – struktura wieku, stażu, stopnia i płci jako fundament zdolności systemu.

Niedobory kadrowe dotyczą praktycznie wszystkich specjalności medycznych, jednak szczególnie dramatyczna sytuacja występuje w obszarze zabezpieczenia psychiatrycznego – w całych Siłach Zbrojnych RP służbę pełni zaledwie 13 czynnych psychiatrów wojskowych oraz około 20 lekarzy odbywających specjalizację w tej dziedzinie (ryc. 6).

SW LEKARZE /40A/	Stanowiska	Ewidencja	Wakaty	% ukompl.	Sr. wieku	Płeć (K/M)	Wysługa
medycyna ogólna /40A01/	1203	784	419	65,2	33,8	336/448	13
organizacja i zarządzanie /40A02/	58	23	35	39,7	44,9	7/16	24
anestezjologia i intensywne terapia /40A03/	31	3	28	9,7	34,7	2/1	13,7
radiologia i diagnostyka obrazowa /40A04/	14	4	10	28,5	41	1/3	21,3
chirurgia /40A05/	102	36	66	35,3	43	5/31	22,6
interna /40A06/	78	30	48	38,4	44,1	7/23	22,9
diagnostyka laboratoryjna /40A07/	3	1	2	33,3	53	3/4	12,8
transfuzjologia kliniczna /40A08/	-	-	-	-	-	-	-
medycyna pracy /40A09/	15	7	8	46,7	33,7	3/4	12,8
medycyna sądowa /40A10/	-	-	-	-	-	-	-
lekarz-koordynator ratownictwa medycznego /40A11/	2	0	2	0	-	-	-
<b>RAZEM</b>	<b>1506</b>	<b>888</b>	<b>618</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>361/527</b>	<b>14</b>

Rycina 6. Struktura i potencjał korpusu lekarzy wojskowych – luka kadrowa, profil specjalizacji i demografia jako wyzwanie dla medycznej gotowości operacyjnej sił zbrojnych.

Konsekwencją tego deficytu jest systemowe przeciążenie służb psychologicznych, które przejmują rolę pierwszej – i często jedynej – linii wsparcia dla personelu wojskowego. W jednostkach wojskowych bezpośrednie wsparcie psychologiczne zapewnia 255 specjalistów, co przy obecnej liczebności sił zbrojnych przekłada się na wskaźnik 825 żołnierzy przypadających na jednego psychologa. Rzetelna metodologia kalkulacji ww. wskaźnika wymaga wykluczenia zasobów kadrowych niezwiązanych bezpośrednio z opieką psychologiczną żołnierzy. Psychologowie kliniczni zatrudnieni w placówkach medycznych (147 etatów) oraz specjaliści pracujący w komisjach rekrutacyjnych (207 etatów) realizują zadania wykraczające poza zakres bieżącego wsparcia psychologicznego personelu wojskowego. Włączenie tych grup do analizy zaniżyłoby wskaźnik odpowiednio do 523 lub 345 żołnierzy na psychologa, zniekształcając obraz realnego obciążenia zespołów pierwszego kontaktu. Precyzyjna kalkulacja, oparta na faktycznej dostępności psychologów w jednostkach, prowadzi do jednoznacznego wniosku: obciążenie psychologów w wojsku przekracza rekomendowane standardy NATO, które przewidują dostępność jednego specjalisty na 300-500 żołnierzy. Dysproporcja ta generuje systemowe ryzyko niedostatecznego zabezpieczenia potrzeb zdrowia psychicznego personelu wojskowego, szczególnie w kontekście rosnących wymagań operacyjnych.

Równie krytyczny deficyt dotyczy ratowników medycznych – spośród 1846 etatów przewidzianych w strukturach zabezpieczenia medycznego obsadzonych pozostaje 1056 stanowisk, co stanowi zaledwie 57% stanu docelowego. Kompleksowa analiza wskazuje, że w zależności od specjalności medycznej niedobory kadrowe oscylują w przedziale 40-60%, fundamentalnie podważając zdolność wojskowej służby zdrowia do realizacji zadań zarówno w czasie pokoju, jak i potencjalnego konfliktu zbrojnego.

## 2.2.1. Prognozy kadrowe i scenariusze 2026-2035 – narzędzie planowania strategicznego

Aktualny deficyt kadrowy wymaga opracowania wariantowych projekcji demograficznych korpusu medycznego do 2035 roku, uwzględniających trzy scenariusze rozwoju sytuacji. Scenariusz bazowy zakłada kontynuację obecnych trendów bez interwencji systemowej, scenariusz umiarkowany przewiduje częściową implementację proponowanych reform, podczas gdy scenariusz optymalny modeluje efekty pełnego wdrożenia pakietu naprawczego. Każda projekcja musi precyzyjnie kwantyfikować roczne przepływy kadrowe – liczbę nowych rekrutów, absolwentów specjalizacji, naturalnych odejść oraz wskaźniki retencji po 6 i 12 latach służby. Minimalnym celem strategicznym pozostaje osiągnięcie 90% obsady stanowisk etatowych do 2030 roku przy jednoczesnym zapewnieniu pełnego zabezpieczenia zadań krytycznych dla gotowości operacyjnej armii (ryc. 7).

PRZYBYCIA W GO	2020	2021	2022	2023	2024	2025	RAZEM
lekarzy /40A/	44	57	61	79	104	119	464
lekarzy dentyistów /40B/	0	1	1	1	1	0	4
<b>RAZEM</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>62</b>	<b>80</b>	<b>105</b>	<b>119</b>	<b>468</b>

Rycina 7. Nabór do korpusu lekarzy wojskowych w latach 2020-2025 – dynamika przyrostu i odbudowy potencjału kadrowego.

Konstrukcja wiarygodnego modelu prognostycznego wymaga parametryzacji czterech grup zmiennych: dynamiki wzrostu sił zbrojnych determinującej skalę zapotrzebowania na personel medyczny, struktury demograficznej korpusu lekarskiego z prognozowaną falą 20-40% odejść emerytalnych do 2035 roku, mapy deficytów specjalizacyjnych koncentrujących się na dziedzinach krytycznych dla medycyny wojskowej oraz skuteczności instrumentów retencyjnych testowanych względem alternatywnych ścieżek kariery w sektorze cywilnym. Na podstawie przedmiotowej analizy możliwe będzie precyzyjne określenie celów rekrutacyjnych dla poszczególnych specjalności, ze szczególnym uwzględnieniem anestezjologii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i ortopedycznej oraz medycyny ratunkowej jako dziedzin o krytycznym znaczeniu dla medycznego zabezpieczenia potrzeb armii i państwa. Model musi również inkorporować scenariusze nagłego wzrostu zapotrzebowania na kadry medyczne w warunkach konfliktu wysokiej intensywności, gdzie niezbędna będzie mobilizacja rezerw i przekwalifikowanie personelu cywilnego (ryc. 8).

UBYCIA W GO	2024	2025	2026	RAZEM
lekarzy /40A/	53	58	24	135
lekarzy dentyistów /40B/	0	1	0	1
<b>RAZEM</b>	<b>53</b>	<b>59</b>	<b>24</b>	<b>136</b>

Rycina 8. Ubytki kadrowe w korpusie lekarzy wojskowych w latach 2024-2026.

Wdrożony system prognostyczny powinien stać się podstawowym narzędziem zarządczym nowo powołanego dowództwa medycznego, umożliwiając coroczną aktualizację planów kadrowych skorelowaną z projekcjami budżetowymi, systematyczne monitorowanie redukcji deficytów oraz elastyczne dostosowywanie instrumentów retencyjnych do dynamiki rynku pracy. Proponowany model w krótkim czasie umożliwi przejście od dzisiejszego reaktywnego zarządzania kryzysem kadrowym do proaktywnego planowania strategicznego, stopniowo zamykając lukę między potrzebami operacyjnymi a rzeczywistą dostępnością lekarzy w strukturach wojska.

### **2.3. Kryzys kadrowy w wojskowej medycynie – między dziedzictwem przeszłości a potrzebą systemowej odbudowy**

Przyczyny dramatycznych niedoborów kadrowych mają głęboko systemowy charakter, wynikający z wieloletnich zaniedbań strukturalnych. Fundamentalnym problemem pozostaje dysfunkcja systemu kształcenia kadr medycznych – likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej w 2002 roku pozbawiła Siły Zbrojne RP dedykowanej uczelni medycznej, wymuszając kształcenie przyszłych lekarzy wojskowych na uczelni cywilnej – Uniwersytecie Medycznym w Łodzi – poprzez wydzielone do realizacji tego celu Kolegium Wojskowo-Lekarskie (KWL). Każdego roku system finalizuje kształcenie przeddyplomowe kilkudziesięciu oficerów-lekarzy – w 2025 roku było ich 116 – jednak, jak pokazują dane z ostatnich lat, 25-40% z nich nie podejmuje służby zawodowej w siłach zbrojnych lub rezygnuje z munduru w pierwszych latach po studiach.

Ten negatywny trend potwierdzają wyniki ankiety online wśród 123 studentów KWL przeprowadzonej jesienią tego roku. Tylko 41% studentów piątego i szóstego roku KWL deklaruje gotowość pozostania w armii po zakończeniu służby, 28% nie podjęło jeszcze decyzji w tej sprawie, 31% skłania się ku rezygnacji. Co niepokojące, im bliżej końca studiów, tym bardziej sprecyzowane są plany rezygnacji z kariery wojskowej – ryzyko decyzji o odejściu z armii było wśród studentów piątego i szóstego roku KWL 2,25 razy wyższe niż wśród studentów lat wcześniejszych. Przedstawiona sytuacja wskazuje na systemowe marnowanie potencjału młodych, idealistycznie nastawionych kandydatów do służby zawodowej już na etapie kształcenia wojskowego. Studenci zapytani o najważniejsze powody, którymi kierowali się przy wyborze uczelni wskazali jej profil wojskowy (69%), prestiż (38%) oraz możliwości rozwoju naukowego i zawodowego (40%). Część z nich ceni w studiach wojskowych ich zakorzenienie w wartościach takich jak patriotyzm („*Możliwość służby państwu i pomoc w sytuacjach kryzysowych, bycie częścią państwowego systemu bezpieczeństwa w szerszy sposób niż sama pomoc medyczna*”), dyscyplina i szacunek do munduru („*Zostanie lekarzem i oficerem Wojska Polskiego*”) czy wojskowe tradycje rodzinne („*Jestem z rodziny wojskowej więc dla mnie to zaszczyt móc służyć jak mój tata, dziadek czy pradziadek. Poza tym cenię możliwość robienia czegoś ciekawszego niż to, co mógłbym robić jako lekarz cywilny*”). Studenci cenią sobie również w studiach wojskowych kwestie finansowe i bytowe gwarantujące im niezależność (49%) – w ankietach podkreślali dumę z faktu usamodzielnienia się i odciążenia rodziców („*Uniezależnienie edukacji od zamożności rodziców. Moje studiowanie nie*

było dla nich obciążeniem finansowym”). Co ważne, istotne są dla nich unikalne więzi, przyjaźnie i solidarność, które w toku studiów kształtują się między podchorążymi (38%).

Wśród najważniejszych czynników sprzyjających rezygnacji ze służby studenci wymieniają zmęczenie chaosem decyzyjnym i organizacyjnym wynikającym z braku współpracy pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za ścieżkę rozwoju zawodowego studentów KWL oraz relacje z przełożonymi skutkujące narastającym rozgoryczeniem i poczuciem niesprawiedliwości: *„Nie mam problemu z wykonywaniem obowiązków służbowych i łączeniem ich z nauką, mam problem z tym, że często jest robione na złość żeby pokazać lekarzowi swoją „władzę” – wysyłanie na niepotrzebne przedsięwzięcia, brak zgody na specjalizacje, w związku z czym pogodzenie jednego i drugiego staje się niemożliwe, wywołując frustrację i konieczność rezygnacji albo ze służby, albo z nauki”*. Niektórzy studenci opisując trudności, z którymi mierzą się na co dzień odnieśli się do kwestii logistycznych (*„Szpital, w którym rezydent wojskowy specjalizuje się, często jest oddalony o 200-300 km od jednostki, gdzie pełniona jest służba wojskowa”*), merytorycznych (*„Zajęcia wojskowo-medyczne odbywają się bardzo rzadko – w ciągu kilku lat centrum symulacji pola walki było widziane przede wszystkim na materiałach promocyjnych”*), finansowych (*„Kilkukrotne różnice w zarobkach w porównaniu do lekarzy cywilnych, w związku z tym brak motywacji do pozostania w wojsku po zakończeniu pierwszej specjalizacji”*) oraz konfliktu pomiędzy wartościami rodzinnymi a potrzebą rozwoju zawodowego (*„Trudność w planowaniu rodziny, niemożność zaplanowania gdzie się będzie”*). Jeden z nich napisał: *„Obecnie na moim roku nie ma ani jednej osoby, która jest pewna, że zostanie w armii po studiach. W młodym absolwencie w pewnym momencie przelewa się to, co już i tak rośnie przez 6 lat”*.

Mechanizm systematycznego odpływu młodych kadr – warunkowany czynnikami finansowymi, ograniczonymi perspektywami rozwoju zawodowego oraz niekonkurencyjnymi warunkami służby – sprawia, że obecny model kształcenia i szkolenia generuje bilans ujemny – nie nadąża z uzupełnianiem bieżących strat wynikających z naturalnych ubytków kadrowych, nie wspominając o zabezpieczeniu potrzeb wynikających z planowanej rozbudowy armii do 300 tysięcy żołnierzy.

Równie krytycznym wyzwaniem jest katastrofalnie niska retencja doświadczonych specjalistów. Mimo formalnej możliwości przejścia na emeryturę wojskową po 25 latach służby, coraz mniejszy odsetek lekarzy wojskowych osiąga ten próg czasowy – większość rezygnuje ze służby bezpośrednio po uzyskaniu specjalizacji medycznej lub jeszcze przed jej ukończeniem. Młodsze pokolenie lekarzy systematycznie odrzuca model kariery wojskowej na rzecz znacznie bardziej atrakcyjnego finansowo sektora cywilnego, postrzegając służbę wojskową jako ścieżkę pozbawioną perspektyw rozwoju i adekwatnej do posiadanego wykształcenia gratyfikacji. Paradoks systemowy tej sytuacji objawia się w mechanizmie utraty najcenniejszych kadr dokładnie w momencie maksymalnego zwrotu z inwestycji edukacyjnych – siły zbrojne tracą lekarzy wojskowych po ukończeniu wieloletnich, kosztownych specjalizacji finansowanych z budżetu resortu obrony narodowej, gdy ci osiągną pełnię kompetencji zawodowych i natychmiast transferują zdobytą wiedzę do sektora cywilnego lub wykorzystują ją w karierze zagranicznej.

Świadomość tego mechanizmu drenażu wykwalifikowanych kadr medycznych skłania przyszłych lekarzy wojskowych do formułowania konkretnych oczekiwań wobec systemu, który ma zatrzymać ich

w służbie. Perspektywa studentów, znajdujących się u progu decyzji o dalszej karierze zawodowej, dostarcza kluczowych wskazówek dla reformy strukturalnej wojskowej służby zdrowia.

Studenci ostatnich dwóch lat KWL postulują – jako jeden z kluczowych warunków skłaniających ich do pozostania w armii – wypracowanie takiej ścieżki kariery lekarza wojskowego, która w sposób bezkolizyjny połączy wymagania rozwoju medycznego z obowiązkami wynikającymi z pełnienia służby wojskowej: *„Gruntowna reforma całego systemu, już od momentu rozpoczęcia studiów. (...) reforma stażu i gruntowna reforma procesu specjalizacji, a także tego co po niej. W wojsku, nie licząc emerytury i licznych dopłat, po prostu nie opłaca się zostawać”*.

Najwięcej emocji budzi kwestia specjalizacji – studenci postulują zdecydowaną zmianę warunków jej uzyskiwania poprzez: skrócenie czasu jej trwania, możliwość specjalizowania się zgodnie z własnymi preferencjami (*„możliwość specjalizacji w wybranej dziedzinie – urologia – aktualnie 0 miejsc specjalizacyjnych...”*), brak utrudnień w realizacji specjalizacji zabiegowych (*„wprowadzenie takiego podziału służba/praca w szpitalu, która w pełni umożliwi prowadzenie procesu leczenia pacjentów”*), ułatwienie procedury realizacji specjalizacji w szpitalach cywilnych, poprawę warunków specjalizacji w szpitalach wojskowych (*„etaty dla lekarzy wojskowych w szpitalach których nie ma/brakuje albo są przekształcane na etaty cywilne”*) oraz uregulowanie statusu lekarza w jednostce wojskowej (*„nakreślenie podczas studiów czym ma zajmować się lekarz wojskowy w jednostce i przygotowanie go do tych obowiązków podczas studiów”*). Kolejną, często podnoszoną kwestią są wynagrodzenia lekarzy wojskowych. Studenci wskazywali na krzywdzące ich dysproporcje w porównaniu z sektorem cywilnym oraz postulowali wprowadzenie dodatków, analogicznie do rozwiązań już funkcjonujących w Siłach Zbrojnych RP. Studenci chcą się dalej kształcić, rozwijać karierę naukową (*„możliwość dalszego kształcenia – specjalizacje, szkoły doktorskie, studia podyplomowe – wszystkim powinno zależeć na obecności najlepszych specjalistów w wojsku”*), uczestniczyć w zagranicznych kursach medyczo-wojskowych, zdobywać stopnie naukowe.

Wyzwania rekrutacyjne mają również głęboki wymiar społeczno-demograficzny. Polski sektor medyczny przechodzi fundamentalną transformację demograficzną – kobiety stanowią obecnie zdecydowaną większość absolwentów wydziałów lekarskich, co generuje strukturalne wyzwania adaptacyjne dla wojskowej służby zdrowia. Konieczność godzenia rygorów służby wojskowej – regularnych przeniesień między garnizonami, wielotygodniowych ćwiczeń poligonowych, rotacyjnych misji stabilizacyjnych trwających kilka miesięcy – z odpowiedzialnością rodzinną i macierzyńską tworzy barierę systemową, która zniechęca znaczącą część młodych lekarek do wyboru kariery w strukturach wojskowych.

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają kluczowe znaczenie równowagi między życiem zawodowym a rodzinnym w decyzjach kariery młodych medyków wojskowych. Możliwość harmonijnego łączenia obowiązków służbowych z życiem osobistym osiągnęła najwyższy poziom istotności wśród studentów piątego i szóstego roku KWL – średnia ocena 5,7 w sześciostopniowej skali ważności. Niemal równorzędne znaczenie przypisano perspektywie szybkiego uzyskania specjalizacji – ocena 5,5 – oraz dostępności dodatkowych ścieżek rozwoju zawodowego – ocena 5,4. Dane te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście grupy rozważającej rezygnację ze służby, gdzie wartości

wszystkich trzech czynników osiągnęły jeszcze wyższy poziom, sygnalizując krytyczne znaczenie tych elementów dla retencji kadr medycznych w wojsku.

Dodatkowym czynnikiem demotywującym są rygory dyscyplinarne i ograniczenia swobód osobistych, stanowiące nieodłączny element służby wojskowej – podporządkowanie rozkazom, ograniczona możliwość wyboru miejsca pełnienia służby, obowiązek stałej dyspozycyjności – nieobecne w liberalnym modelu zatrudnienia cywilnego, a wymagające od kandydatów szczególnej determinacji oraz silnej identyfikacji z etosem służby. Warto podkreślić, że w tym kontekście niezwykle ważnym i często wskazywanym przez studentów czynnikiem skłaniającym do rezygnacji ze służby wojskowej są relacje z przełożonymi – już w trakcie studiów mierzą się oni z poczuciem lekceważenia i braku zrozumienia, piszą też o braku dowódców, którzy mogliby stać się dla nich autorytetami: *„to czego doświadczyliśmy przez 6 lat jest ciężkie do opisanie, jedyne czego się od nich nauczyłem to jakim oficerem nie być”*. Przekłada się to na dojmujące poczucie niesprawiedliwości i rozgoryczenia wiążące się z faktem, że w odczuciu studentów problemy te widoczne są w wojskowej służbie zdrowia od lat i nikt nie próbuje zmienić tej sytuacji na poziomie systemowym: *„Lekarze wojskowi to nie idioci, widzą jak wygląda system zarządzania wojskową służbą zdrowia gdzie kolejne grupy wpływów walczą między sobą. Pochodzę z niezamożnej rodziny i sporo moich kolegów jest żołnierzami zawodowymi. Kiedy wiem że nie zostanie im zapewniona opieka na miarę największej lądowej armii Europy, to mnie krew zalewa”*.

Gorzka diagnoza przedstawiona przez studentów KWL – choć emocjonalna w swojej formie – dotyka fundamentalnego napięcia między strukturalnymi wadami systemu a społecznym postrzeganiem profesji lekarza wojskowego. Rzeczywistość służby, naznaczona systemowymi ograniczeniami i frustracjami, kontrastuje z zewnętrznym wizerunkiem tej grupy zawodowej. Paradoksalnie, właśnie te wyrzeczenia i ograniczenia, które zniechęcają wielu potencjalnych kandydatów do służby, stanowią jednocześnie fundament społecznego uznania dla profesji lekarza wojskowego. Mimo strukturalnych ograniczeń i obciążeń służbowych, lekarze wojskowi konsekwentnie cieszą się wysokim prestiżem społecznym oraz szacunkiem zarówno w środowisku wojskowym, jak i wśród cywilnej części społeczeństwa.

*Połączenie misji medycznej z imperatywem obronności narodowej postrzegane jest jako służba o wyjątkowym wymiarze etycznym i patriotycznym. Kluczowe wyzwanie sprowadza się zatem do pytania: jak przekuć ten społeczny szacunek i prestiż zawodowy na realną motywację młodych absolwentów medycyny do podjęcia wieloletniej służby wojskowej oraz – co równie istotne – jej kontynuowania przez całą ścieżkę rozwoju zawodowego aż do wojskowej emerytury?*

### **3. Wyzwania i systemowe bariery w służbie lekarzy wojskowych – diagnoza, konsekwencje, kierunki niezbędnych zmian**

#### **3.1. Struktura obciążeń i specyfika służby lekarza wojskowego**

Specyfika służby lekarza wojskowego wykracza daleko poza model praktyki cywilnej, wymagając zdolności do natychmiastowej adaptacji w diametralnie odmiennych środowiskach – od czystego i ciepłego ambulatorium garnizonowego, przez połowy punkt medyczny w warunkach poligonowych, po chaotyczną strefę działań militarnych wysokiej intensywności.

W czasie pokoju oficer medyczny funkcjonuje jako odpowiednik lekarza pierwszego kontaktu dla kadry jednostki wojskowej, realizując pełne spektrum zadań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dostosowanej do specyfiki służby wojskowej. Zakres obowiązków obejmuje prowadzenie systematycznej profilaktyki zdrowotnej, wykonywanie kompleksowych badań kwalifikacyjnych rekrutów oraz okresowych badań kontrolnych żołnierzy, diagnostykę i leczenie urazów treningowych oraz schorzeń typowych dla obciążeń służby wojskowej. Kluczowym elementem pozostaje też monitorowanie gotowości operacyjnej poprzez ocenę wydolności psychofizycznej personelu, kwalifikacja do zadań specjalnych oraz certyfikowanie zdolności do udziału w misjach zagranicznych.

Choć zakres procedur medycznych odpowiada cywilnej podstawowej opiece zdrowotnej, jednak kontekst wojskowy istotnie go modyfikuje, albowiem każda decyzja medyczna musi uwzględniać jej wpływ na gotowość operacyjną jednostki. Ponadto lekarz funkcjonuje w reżimie dyscypliny służbowej, z obowiązkiem natychmiastowej dyslokacji, zarządza dokumentacją medyczną zgodnie z procedurami ochrony informacji niejawnych oraz utrzymuje stałą gotowość do przejścia z roli lekarza garnizonowego do obowiązków medyka pola walki – co stanowi unikalny wymiar tej służby.

Gdy zamiana ta następuje, dochodzi do radykalnej rekonfiguracji roli zawodowej – lekarz przekształca się w specjalistę medycyny taktycznej odpowiedzialnego za kompleksową koordynację działań ratowniczych w warunkach ekstremalnego zagrożenia. Nowa funkcja integruje trzy wymiary kompetencyjne: dowodzenie zespołem medycznym operującym w chaosie informacyjnym pola walki, zarządzanie kryzysowe w warunkach deficytu zasobów oraz podejmowanie etycznie obciążających decyzji triażowych, gdzie algorytmy wojskowej segregacji medycznej wymagają priorytetyzacji interwencji terapeutycznych u chorych z szansą na przeżycie kosztem przypadków obciążonych złym rokowaniem.

Unikalna natura tej roli – nieobecna w medycynie cywilnej – wymaga jednoczesnego opanowania protokołów medycyny ratunkowej na poziomie paramedyka taktycznego, procedur medycyny pola walki zgodnych z doktryną NATO, oraz systemów zarządzania kryzysowego stosowanych w medycynie katastrof.

### 3.1.1. Standardy NATO wobec lekarzy wojskowych

#### Wszechstronne wyszkolenie i certyfikacja

Sprostanie wymogom operacyjnym wymaga od lekarzy wojskowych w armiach NATO przejścia zaawansowanych szkoleń wykraczających poza standardowy program edukacji medycznej. Oprócz klasycznej specjalizacji lekarskiej – chirurgii, medycyny ratunkowej czy medycyny rodzinnej – oficerowie-lekarze odbywają kursy medycyny taktycznej, stanowiące podstawę kompetencji operacyjnych.

Kluczowym elementem przygotowania pozostaje certyfikacja TCCC – Tactical Combat Casualty Care – obejmująca protokoły udzielania pomocy medycznej na polu walki, stanowiąca bezwzględny wymóg przed użyciem operacyjnym. Komplementarne szkolenia obejmują Advanced Trauma Life Support według standardów American College of Surgeons, procedury koordynacji ewakuacji medycznej MEDEVAC/CASEVAC z wykorzystaniem platform śmigłowcowych i lądowych, oraz zaawansowane kursy zarządzania zdarzeniami masowymi według doktryny MASCAL.

Państwa NATO systematycznie rozwijają infrastrukturę szkoleniową – amerykańskie Joint Trauma System Training Centers, brytyjskie Defence Medical Academy w Birmingham czy niemieckie Sanitätsakademie der Bundeswehr w Monachium prowadzą regularne symulacje wysokiej wierności z wykorzystaniem manekinów, generatorów stresu bojowego oraz replik środowiska operacyjnego. Personel medyczny uczestniczy obligatoryjnie w ćwiczeniach wielonarodowych typu Vigorous Warrior czy MASCAL Exercise, gdzie następuje standaryzacja procedur między kontyngentami różnych państw, budując interoperacyjność kluczową dla skuteczności operacji sojuszniczych.

Paradoksem współczesności stało się jednak to, że najbardziej zaawansowane centra szkoleniowe Zachodu musiały nagle zweryfikować swoje założenia w obliczu realnych doświadczeń z pola walki wysokiej intensywności – wojny, której skala i brutalność przekroczyła scenariusze ćwiczebne. Doświadczenia konfliktu na Ukrainie brutalnie zweryfikowały założenia doktrynalne o szybkiej ewakuacji medycznej – w warunkach przewagi ogniowej przeciwnika, nasycenia przestrzeni bojowej systemami dronowymi oraz destrukcji infrastruktury komunikacyjnej, standardowa „złota godzina” rozciąga się do kilkunastu godzin lub dni. Lekarz wojskowy zostaje zmuszony do przejścia pełnego spektrum interwencji chirurgicznych w warunkach ograniczonych zasobów – przekształcając bunkier, piwnicę szkoły czy wagon kolejowy w improwizowaną salę operacyjną.

Katalog procedur wykonywanych w warunkach polowych obejmuje torakotomię resuscytacyjną przy tamponadzie serca, laparotomię w trybie damage control przy masywnych krwotokach wewnętrznych, amputacje ratujące życie przy zespole zmiążdżenia, dekompresyjną kraniotomię przy krwiaku nadwardówkowym oraz ratunkową konikotomię przy trudnościach związanych z intubacją. Każda z tych procedur wymaga dodatkowo adaptacji do warunków deficytu – operowania przy świetle awaryjnym, wykorzystywania nietypowych narzędzi, takich jak retraktory, stosowania ketaminy jako jedynego dostępnego anestetyku.

Współczesny lekarz wojskowy musi również biegle posługiwać się przenośnym arsenałem diagnostyczno-terapeutycznym – ultrasonografami do protokołu eFAST, urządzeniami do autotransfuzji krwi typu HemoCue, analizatorami i-STAT do monitorowania równowagi kwasowo-zasadowej, przenośnymi respiratorami typu Zoll czy systemami REBOA do endowaskularnego tamowania krwawienia. W scenariuszu Prolonged Casualty Care – gdy ewakuacja nie jest możliwa przez więcej niż 72 godziny – lekarz zarządza w rzeczywistości mobilnym oddziałem intensywnej terapii, monitorując nawet kilkunastu pacjentów w stanie krytycznym przy wykorzystaniu ograniczonej puli zasobów medycznych.

### **Gotowość operacyjna i odporność psychofizyczna**

Lekarz wojskowy jest jednocześnie żołnierzem – musi więc spełniać wymagania fizyczne i psychiczne stawiane wojskowym na polu walki. Oczekuje się od niego dobrej kondycji fizycznej, aby mógł ewakuować rannych, przenosić sprzęt, działać w warunkach polowych, np. w pełnym oporządzeniu, hełmie, kamizelce kuloodpornej. Równie ważna jest odporność psychiczna: umiejętność radzenia sobie ze stresem pola walki, podejmowania decyzji pod presją czasu i w poczuciu odpowiedzialności za życie innych. NATO zwraca uwagę, że przygotowanie mentalne personelu medycznego jest kluczowe – lekarz musi zachować sprawność w obliczu traumatycznych widoków i emocji towarzyszących współczesnemu polu walki. Dlatego w szkoleniu lekarzy coraz częściej uwzględnia się trening odporności psychicznej, scenariusze MASCAL oraz elementy etyki medycznej na wojnie, a tym warunki i zasady podejmowania trudnych decyzji podczas segregacji rannych. Wielu lekarzy wojskowych przechodzi dodatkowe kursy wojskowe, np. przetrwania na terytorium wroga i powrotu do oddziałów własnych (SERE), obrony przed bronią ABC, itp., aby móc działać w każdych okolicznościach współczesnego pola walki.

### **Koordinator ewakuacji medycznej (MEDEVAC/CASEVAC)**

Zarządzanie ewakuacją medyczną stanowi kolejny krytyczny wymiar kompetencji lekarza wojskowego, który jako koordynator łańcucha MEDEVAC/CASEVAC podejmuje decyzje decydujące o przeżywalności rannych – przeprowadza segregację medyczną według protokołów NATO, ustala priorytety transportowe na podstawie rokowania i dostępnych zasobów, określa optymalną platformę do przeprowadzenia ewakuacji oraz docelowy poziom zabezpieczenia medycznego wobec każdego pacjenta. Nierzadko sam uczestniczy w tych ewakuacjach – jako opieka medyczna w śmigłowcu lub w konwoju sanitarnym – zapewniając podtrzymanie życia w trakcie transportu. Doświadczenia z wojny na Ukrainie potwierdzają, że współczesny lekarz wojskowy musi funkcjonować jako autonomiczny ośrodek medyczny zdolny do wielogodzinnego lub wielodniowego samodzielnego prowadzenia pacjentów w stanie krytycznym – łącząc kompetencje chirurga, anestezjologa i intensywyisty, koordynując rozproszone zespoły ewakuacyjne oraz improwizując procedury medyczne w warunkach izolacji od zaplecza szpitalnego.

## 3.2. Środowisko służby i pracy lekarza wojskowego w Siłach Zbrojnych RP

Służba wojskowa określa szczególny reżim funkcjonowania zawodowego, nakładając na lekarzy szereg ograniczeń systemowych nieobecnych w sektorze cywilnym. Kluczowym zjawiskiem pozostaje podporządkowanie hierarchii dowodzenia – oficer korpusu medycznego realizuje rozkazy przełożonych wykraczające poza kompetencje stricte medyczne, włączając w to obowiązki administracyjne, szkoleniowe i organizacyjne. System kadrowy zakłada pełną dyspozycyjność geograficzną, umożliwiając przeniesienia służbowe zgodnie z potrzebami operacyjnymi sił zbrojnych, co dodatkowo generuje niepewność stabilizacji życiowej i komplikuje planowanie kariery.

Ograniczenia czasowe wynikające z charakteru służby – cykliczne ćwiczenia poligonowe, dyżury garnizonowe, potencjalne misje na teatrze działań poza granicami państwa – radykalnie redukują możliwości dodatkowego zatrudnienia w systemie cywilnym. Podjęcie jakiejkolwiek aktywności zawodowej poza strukturami wojskowymi wymaga każdorazowej zgody przełożonego, przy czym systematyczne łączenie etatów pozostaje de facto niemożliwe ze względu na nieprzewidywalność obciążeń służbowych. Równie istotne bariery dotyczą rozwoju naukowego i aktywności eksperckiej – mechanizmy gratyfikacji za udział w projektowaniu i realizacji projektów naukowo-badawczych cechuje proceduralna sztywność niewspółmierna do standardów akademickich, a wynagrodzenia za działalność konsultingową i komercjalizacyjną podlegają daleko idącym, niespotykanym w środowisku cywilnym restrykcyjnym limitom.

Infrastruktura medyczna dostępna lekarzom wojskowym wykazuje znaczące dysproporcje – podczas gdy wojskowe szpitale kliniczne dysponują nowoczesnym wyposażeniem diagnostyczno-terapeutycznym, ambulatoria jednostek wojskowych funkcjonują często w warunkach ograniczeń sprzętowych typowych dla medycyny polowej. Dodatkowym obciążeniem pozostaje rozbudowana biurokracja wojskowa – prowadzenie dokumentacji wojskowo-medycznej, raportowanie gotowości operacyjnej, zarządzanie wojskową logistyką medyczną, które absorbuje znaczącą część czasu kosztem praktyki klinicznej i kontaktu z pacjentem.

Codziennosc służby lekarzy wojskowych została uchwycona w wynikach anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród 179 oficerów-lekarzy, w tym 88 kobiet, w marcu 2025 r. Badanie środowiskowe ujawniło systemową dysfunkcję alokacji zasobów ludzkich w wojskowej służbie zdrowia, gdzie obciążenie zadaniami administracyjno-logistycznymi osiągnęło poziom paraliżujący podstawową misję medyczną. Dane empiryczne dokumentują skalę problemu przekraczającą incydentalne zakłócenia – 45% badanych oficerów-lekarzy identyfikuje chroniczne przeciążenie obowiązkami pozaklinicznymi, podczas gdy zaledwie 8% uznaje obecny zakres zadań za proporcjonalny do funkcji lekarza wojskowego. Dysproporcja ta sygnalizuje poważne nieprawidłowości w projektowaniu stanowisk służbowych i zarządzaniu kompetencjami specjalistów medycznych.

Jakościowa analiza narracji respondentów odsłania głęboki kryzys tożsamości zawodowej wyrażony w stwierdzeniu: „*personel medyczny doświadcza marginalizacji profesjonalnej, gdzie wykwalifikowani specjaliści zostają zredukowani do wykonawców zadań administracyjnych możliwych do realizacji przez personel pomocniczy, podczas gdy krytyczne kompetencje medyczne pozostają niewykorzystane*”

*i systematycznie degradowane*". Struktura obciążeń służbowych – zdominowana przez procedury biurokratyczne, zarządzanie logistyką magazynową, koordynację transportu i zadania porządkowe – wypiera systematyczny trening kliniczny oraz ćwiczenia taktyczne stanowiące fundament gotowości operacyjnej w warunkach konfliktu zbrojnego.

Konsekwencje tej nieprawidłowej alokacji czasu służbowego materializują się w alarmujących wskaźnikach percepcji rozwoju zawodowego i gotowości operacyjnej. Większość badanych – 56% – formułuje negatywną ocenę perspektyw fachowego doskonalenia w strukturach armii, identyfikując bariery systemowe uniemożliwiające progresję merytoryczną i aktualizację kompetencji specjalistycznych. Równie niepokojące pozostają autodiagnozy gotowości operacyjnej – 38% lekarzy wojskowych otwarcie przyznaje niedostateczne przygotowanie do realizacji podstawowej misji ratowania życia w warunkach konfliktu zbrojnego, co stanowi bezpośrednie zagrożenie dla skuteczności zabezpieczenia medycznego operacji wojskowych.

Źródłem tej niepokojącej samooceny jest syndrom dysfunkcji systemowych, który respondenci precyzyjnie identyfikują w przedmiotowym badaniu. Analiza struktury odpowiedzi ujawnia hierarchię problemów fundamentalnie różną od stereotypowych założeń o dominacji czynnika finansowego – 44% badanych wskazuje nieadekwatny do posiadanych kompetencji medycznych zakres obowiązków jako główną barierę funkcjonowania, 22% identyfikuje systemowe trudności w godzeniu służby wojskowej z koniecznym dla utrzymania konkurencyjności dodatkowym zatrudnieniem cywilnym, podczas gdy 11% akcentuje destrukcyjny wpływ stałej dyspozycyjności na równowagę zawodową i życiową. Wbrew dominującemu w środowisku wojskowym przekonaniu tylko 13% badanych widzi płace jako główną przeszkodę w pełnieniu służby – sedno problemu leży więc w organizacji służby, planowaniu czasu pracy, kulturze zarządzania oraz angażowaniu lekarzy w zadania, które nie wymagają ich specjalistycznych umiejętności.

Dane empiryczne dokumentują również alarmujący poziom demotywacji zawodowej w środowisku lekarzy wojskowych, sygnalizując przekroczenie krytycznego progu stabilności kadrowej systemu. Zaledwie 17% respondentów deklaruje wysoką satysfakcję ze służby, podczas gdy 37% otwarcie przyznaje niskie zadowolenie z pełnionych obowiązków – dysproporcja ta wskazuje na głęboką erozję motywacji wewnętrznej niezbędnej do utrzymania profesjonalizmu w warunkach wysokiego obciążenia służbowego. Najbardziej niepokojący pozostaje krytyczny wyznacznik kondycji systemu – niemal połowa badanych – 49%, nie identyfikuje źródeł satysfakcji w codziennej praktyce zawodowej, co sygnalizuje głęboki kryzys sensu służby wykraczający poza kwestie materialne czy organizacyjne.

Pogłębiona analiza narracji respondentów ujawnia hierarchię czynników demotywujących odbiegającą od intuicyjnych założeń. Wynagrodzenie, choć istotne, rzadko stanowi pierwszoplanowy czynnik niezadowolenia – kluczowe znaczenie mają strukturalne bariery rozwoju zawodowego, deficyt czasu na doskonalenie fachowe oraz frustrujące ograniczenia w dostępie do praktyki klinicznej po wieloletnich, kosztochłonnych specjalizacjach. Lekarze wojskowi doświadczają paradoksu marnotrawienia potencjału zawodowego – po uzyskaniu wysokich kwalifikacji specjalistycznych otrzymują przydziały do zadań administracyjnych niezwiązanych z kształtowanymi przez lata nauki kompetencjami medycznymi.

*Diagnoza przyczyn nakreśla trzy sprzężone zjawiska. Po pierwsze – systemowe marnotrawstwo czasu eksperckiego poprzez kierowanie oficerów-lekarzy do zadań, które nie wymagają ich kwalifikacji, kosztem praktyki klinicznej i wojskowego treningu taktyczno-operacyjnego. Po drugie – niedrożne ścieżki rozwoju i brak gwarantowanej możliwości utrzymania kompetencji po zakończonej specjalizacji, co skutkuje erozją kwalifikacji i decyzjami o odejściu ze służby. Po trzecie – uwarunkowania organizacyjne i kulturowe, które normalizują biurokrację, rozmywiają odpowiedzialność i osłabiają sprawczość pionu medycznego, a przez to obniżają poczucie sensu służby.*

Zebrane relacje oraz wskaźniki satysfakcji, obciążeń i obsady etatowej tworzą spójny obraz przyczynowy, w którym „codziennosc” staje się głównym wektorem wypychania lekarzy w mundurach poza struktury resortu obrony narodowej.

Implikacje dla gotowości medycznej sił zbrojnych są oczywiste: każda godzina odebrana praktyce klinicznej i treningowi, każda luka etatowa i każda rezygnacja doświadczonego specjalisty zmniejsza „gęstość kompetencji” w wojsku niezbędną w działaniach wysokiej intensywności.

Z perspektywy zarządzania ryzykiem operacyjnym codzienność lekarza wojskowego staje się wartościowym wskaźnikiem kondycji całego systemu – gdy narasta obciążenie pozamedyczne, a maleje przestrzeń na „podtrzymanie rzemiosła”, gotowość do udzielania świadczeń w czasie „W” kurczy się szybciej, niż pokażą to formalne raporty.

### **3.3. Sposób finansowania personelu medycznego w siłach zbrojnych – między obowiązkiem służby państwu a konkurencyjnością rynkową**

System wynagradzania lekarzy wojskowych wykazuje systematyczny brak konkurencyjności wobec sektora cywilnego, generując trwałą presję migracyjną kadr medycznych. Uposażenie zasadnicze, określane stopniem wojskowym i wysługą lat, uzupełniane dodatkami służbowymi, pozostaje strukturalnie niższe od stawek rynkowych oferowanych specjalistom medycznym w publicznych szpitalach klinicznych oraz placówkach prywatnych.

Dysproporcje wynagrodzeń osiągają szczególnie dotkliwy poziom w specjalnościach charakteryzujących się najwyższym deficytem kadrowym – anestezjolodzy wojskowi otrzymują wynagrodzenie stanowiące 40-50% dochodów kolegów z sektora cywilnego, radiolodzy interwencyjni mogą liczyć na zaledwie trzecią część stawek rynkowych, podczas gdy kardiolodzy inwazyjni w strukturach wojskowych zarabiają od 4 do 10 razy mniej niż w centrach kardiologicznych sektora prywatnego.

Teoretyczne rekompensaty systemowe – przywilej przejścia na emeryturę wojskową po 25 latach służby oraz pakiet zabezpieczeń socjalnych – tracą siłę przyciągania młodego pokolenia lekarzy, dla których perspektywa odroczonej gratyfikacji emerytalnej nie równoważy bieżących deficytów dochodowych i ograniczeń elastyczności zawodowej. Kalkulacja ekonomiczna specjalistów młodego

pokolenia wskazuje jednoznacznie na przewagę natychmiastowych korzyści finansowych sektora cywilnego nad długoterminowymi benefitami systemu wojskowego.

*Zasadniczą dysfunkcją pozostaje sztywność mechanizmów wynagradzania – ściśle powiązanie uposażenia ze stopniem wojskowym i stanowiskiem służbowym uniemożliwia implementację elastycznych instrumentów retencyjnych stosowanych powszechnie w zarządzaniu talentami. Brak możliwości oferowania konkurencyjnych premii zadaniowych, dodatków za deficytowe specjalizacje czy pakietów motywacyjnych dla kluczowych specjalistów skutkuje systematycznym drenażem najcenniejszych kadr do sektora cywilnego, gdzie mechanizmy wynagradzania odpowiadają realiom rynkowym.*

Konsekwencją tej systemowej niewydolności pozostaje narastający odpływ wykwalifikowanych, posiadających specjalizację lekarzy wojskowych, podważający zdolność sił zbrojnych do utrzymania minimalnego poziomu zabezpieczenia medycznego.

### **3.3.1. Zagrożenia, wyzwania i potrzeby związane z prowadzeniem skutecznej polityki kadrowej wobec personelu medycznego Sił Zbrojnych RP**

W związku z ogłoszeniem przez Ministerstwo Zdrowia danych dotyczących minimalnych wynagrodzeń zasadniczych pracowników podmiotów leczniczych, jakie będą obowiązywać od lipca br.<sup>1</sup>, stawki zasadniczego wynagrodzenia lekarzy będących żołnierzami zawodowymi nadal są, i to pomimo przeprowadzonej w styczniu br. regulacji wynagrodzeń w wojsku, w wielu przypadkach niższe niż minimalne uposażenia „niewojskowej” części personelu rynku ochrony zdrowia w Polsce.

Przykładowe wynagrodzenie zasadnicze (2025 r.):

- Lekarz cywilny ze specjalizacją (wsp. 1,45) – 11 863 zł vs.
  - ppłk – starszy specjalista grupa U:15B – 10 920 zł,
  - mjr – starszy asystent grupa U:14A – 9 600 zł,
- Lekarz albo lekarz dentysta bez specjalizacji (wsp. 1,19) – 9 736 zł vs.
  - kpt. – asystent/oficer grupa U:13B – 9 350 zł,
  - por. – asystent/oficer grupa U:12A – 9 030 zł,
  - por. – młodszy oficer grupa U:12 – 8 930 zł,
  - ppor. – młodszy asystent grupa U:11 – 8 820 zł,
- Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, 3 i 4 z wymaganym wyższym

<sup>1</sup> Wzrost wynagrodzeń w ochronie zdrowia od 1 lipca 2025 r. MBRK, 2025. [https://mbrk.pl/baza-wiedzy/aktualnosci/wzrost-wynagrodzen-w-ochronie-zdrowia-od-1-lipca-2025-r-sprawdz-nowe-stawki/?utm\\_source=chatgpt.com](https://mbrk.pl/baza-wiedzy/aktualnosci/wzrost-wynagrodzen-w-ochronie-zdrowia-od-1-lipca-2025-r-sprawdz-nowe-stawki/?utm_source=chatgpt.com)

wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa, albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (wsp. 1,29) – 10 554 zł vs.

- kpt. – asystent/oficer grupa U:13B – 9 350 zł,
- por. – asystent/oficer grupa U:12A – 9 030 zł,
- por. – młodszy oficer grupa U:12 – 8 930 zł,
- ppor. – młodszy asystent grupa U:11 – 8 820 zł,
- Pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją (wsp. 1,02) – 8 345 zł vs.
  - st. chor. szt. – grupa U:10 – 8 400 zł,
  - st. chor. – grupa U:9 – 8 300 zł,
  - chor. – grupa U:8 – 8 190 zł,
  - mł. chor. – grupa U:7 – 7 770 zł,
  - st. sierż. – grupa U:6 – 7 670 zł,
  - sierż. – grupa U:5 – 7 560 zł,
  - plut. – grupa U:4 – 7 460 zł,
  - st. kpr. – grupa U:3 – 7 350 zł,
  - kpr. – grupa U:2 – 7 250 zł,
- Ratownik medyczny / pielęgniarka z wykształceniem wyższym I stopnia lub wykształceniem średnim bez specjalizacji (wsp. 0,94) – 7 691 zł vs.
  - st. chor. szt. – grupa U:10 – 8 400 zł,
  - st. chor. – grupa U:9 – 8 300 zł,
  - chor. – grupa U:8 – 8 190 zł,
  - mł. chor. – grupa U:7 – 7 770 zł,
  - st. sierż. – grupa U:6 – 7 670 zł,
  - sierż. – grupa U:5 – 7 560 zł,
  - plut. – grupa U:4 – 7 460 zł,
  - st. kpr. – grupa U:3 – 7 350 zł,
  - kpr. – grupa U:2 – 7 250 zł.

Z powyższego zestawienia wynika, że atrakcyjność służby wojskowej w korpusie medycznym, oceniana przez pryzmat wynagrodzenia, jest przy obecnych regulacjach odwrotnie proporcjonalna do posiadanego wykształcenia.

*Najlepsze, najbardziej konkurencyjne wynagrodzenia w wojsku, w porównaniu ze środowiskiem cywilnym, dotyczą grupy zawodowej – ratownik medyczny/pielęgniarka z wykształceniem wyższym I stopnia lub wykształceniem średnim bez specjalizacji. Nieco gorzej, jednak nadal konkurencyjnie, wygląda sytuacja wśród medyków wojskowych będących odpowiednikiem cywilnego personelu sklasyfikowanego współczynnikiem pracy 1,02 i 1,19. Za to w zespołach legitymizujących się najwyższym, potwierdzonym specjalizacjami zawodowym profesjonalizmem – grupy o wsp. 1,29 oraz 1,45, wynagrodzenia personelu wojskowego są o 4-19% niższe niż najniższe zarobki ich cywilnych odpowiedników.*

Niestety, sytuacja ta pozostaje w sprzeczności z działaniami wspierającymi profesjonalizację armii. Ogranicza efekty inicjatyw ukierunkowanych na pozyskiwanie i utrzymanie w służbie personelu o najwyższych kompetencjach i kwalifikacjach, dlatego powinna zostać rozwiązana w ramach na nowo zaprojektowanej polityki wynagradzania wojskowego personelu medycznego.

Oczywiście należy wziąć pod uwagę, że uposażenia żołnierzy zawodowych mogą być powiększone o różnego rodzaju dodatki właściwe dla rodzaju służby. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że żołnierze zawodowi, szczególnie na początku drogi kariery – budowania swoich kompetencji, specjalizacji – nie są objęci większością dodatków, natomiast wymagania dotyczące ich dyspozycyjności są znacznie większe, co z oczywistych względów nie współgra z możliwościami dodatkowego zarobkowania po godzinach służbowych. W szczególności dotyczy to żołnierzy zawodowych pełniących służbę w wojskowych podmiotach szpitalnych, w których stanowiska nie są objęte większością określonych warunkami pełnienia służby dodatków. Warto zwrócić uwagę, że wymienione kwoty wynagrodzenia zasadniczego w publicznej opiece zdrowotnej stanowią stawki minimalne, które mogą zostać dowolnie podwyższone przez kierowników podmiotów leczniczych – w przeciwieństwie do ściśle regulowanego systemu i zasad wynagradzania żołnierzy zawodowych.

Przedstawione rozbieżności systemowe ujawniają się jednak najsilniej w procesie kształcenia specjalizacyjnego, prowadząc do długofalowej erozji potencjału kadrowego wojskowej służby zdrowia. Najczęstsze bezpośrednie skutki stosowania obowiązujących praktyk w szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy wojskowych dotyczą następujących sytuacji:

- Większość lekarzy wojskowych realizuje specjalizację średnio o  $\frac{1}{3}$  czasu dłużej niż ich koledzy w cywilu, co jest częstym źródłem frustracji i niezadowolenia,
- Obowiązujące dziś rozwiązania wynikające z tzw. pragmatyki zniechęcają lekarzy do wyboru dłuższych specjalizacji, takich jak 6-letnia anestezjologia i intensywna terapia – kluczowa dziedzina medycyny wojskowej – ponieważ już na starcie trzeba zakładać, że proces potrwa o 2 lata dłużej,
- Często dochodzi do sytuacji, w których lekarz zakwalifikowany na staż lub kurs zewnętrzny, na który czekał nawet rok, musi go odwołać z uwagi na decyzję dowódcy jednostki o konieczności zabezpieczenia szkolenia poligonowego – co istotnie, nierzadko skokowo, wydłuża czas trwania specjalizacji; oraz

- Brak warunków zapewniających budowanie pozytywnych, trwałych relacji pomiędzy lekarzem a armią sprawia, że medycy wkrótce po zakończeniu stażu często podejmują decyzję o „zdjęciu munduru” i zapłacie ustalonej w przepisach kwoty za studia, cytując niektórych: „*w ogólnym rozrachunku to śmieszne pieniądze*”.

Jak wynika z przedstawionych informacji obecny system wynagradzania generuje często przeciwnie skuteczne mechanizmy motywacyjne, które działają przeciwko efektywności szkolenia specjalizacyjnego. Lekarz zatrudniony na etacie w jednostce wojskowej otrzymuje większe korzyści finansowe przy wydłużonym okresie specjalizacji realizowanej poza jednostką macierzystą. W tym wariancie zachowuje pełne uposażenie wojskowe wraz z dodatkami służbowymi, otrzymując jednocześnie wynagrodzenie za każdą godzinę szkolenia specjalizacyjnego – staże, kursy oraz do 40 godzin dyżurów medycznych miesięcznie.

Równie wadliwa jest sytuacja lekarzy służących w szpitalach wojskowych. Oficer medyczny odbywający specjalizację w miejscu pełnienia służby otrzymuje wyłącznie standardowe uposażenie, bez dodatkowych gratyfikacji za szkolenie. W konsekwencji system finansowo zniechęca do wyboru ścieżki najbardziej efektywnej czasowo i merytorycznie, tj. specjalizacji w macierzystym szpitalu wojskowym, premiując rozwiązania wydłużające proces szkoleniowy i rozpraszające zasoby kadrowe.

Nieprawidłowo sparametryzowany system motywacyjny prowadzi więc do sytuacji, gdzie lekarze maksymalizując własne korzyści finansowe poprzez wydłużanie specjalizacji i unikanie etatów szpitalnych, pogłębiają deficyty kadrowe placówek medycznych i zwiększają koszty systemu szkoleniowego.

### **3.3.2. Architektura sojusznich innowacji – systemy motywacyjne w medycynie wojskowej państw NATO**

Problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby personelu medycznego oraz rozwijaniem i utrzymywaniem jego kompetencji nie są wyłącznie polską specyfiką – z podobnymi wyzwaniem w obszarze rekrutacji, szkolenia i retencji mierzy się wiele armii państw NATO. Biorąc to pod uwagę Komitet Szefów Wojskowych Służb Medycznych NATO (NATO COMEDS) zlecił szeroko zakrojone badanie czynników wpływających na rekrutację i utrzymanie kadr medycznych. W efekcie powstał raport STO-TR-HFM-213, oparty na danych z większości państw Sojuszu, który kompleksowo przeanalizował sytuację służby zdrowia w siłach zbrojnych.

Wnioski raportu jednoznacznie wskazują, że deficyt kadr medycznych w siłach zbrojnych państw NATO ma charakter systemowy. Większość armii sojusznich zmaga się z poważnymi niedoborami personelu medycznego, a jednocześnie doświadcza odpływu wysoko wykwalifikowanych specjalistów do sektora cywilnego, który oferuje atrakcyjniejsze warunki finansowe i lepsze perspektywy rozwoju zawodowego. Konsekwencje tego zjawiska wykraczają poza wymiar kadrowy – ograniczona zdolność

do zabezpieczenia medycznego operacji narodowych i międzynarodowych bezpośrednio obniża potencjał operacyjny sił zbrojnych, nadając problemowi rangę strategiczną.

Jak podaje cytowane wyżej opracowanie, w odpowiedzi na te wyzwania państwa NATO wdrożyły zestaw środków zaradczych ukierunkowanych na przyciąganie i utrzymanie w służbie personelu medycznego, pogrupowanych w siedem kategorii:

- **Interwencje finansowe** – specjalne dodatki, premie i podwyżki zwiększające konkurencyjność wynagrodzeń lekarzy wojskowych względem sektora cywilnego,
- **Elastyczne formy służby i zatrudnienia** – rozwiązania pozwalające na elastyczne godzenie obowiązków służbowych z aktywnością zawodową w sektorze cywilnym. Model obejmuje nienormatywne formy czasu pracy, cykliczne urlopy szkoleniowe oraz mechanizmy indywidualizacji ścieżki kariery dostosowane do specyfiki zawodowej i sytuacji życiowej specjalistów,
- **Godzenie kariery z życiem rodzinnym** – udogodnienia sprzyjające równowadze praca – rodzina: urlopy macierzyńskie/tacierzyńskie, praca w niepełnym wymiarze, przewidywalne rozkłady zajęć itp., dzięki którym służba staje się bardziej przyjazna dla medyków mających rodziny,
- **Planowanie kariery i rozwój zawodowy** – jasno określone ścieżki awansu oraz dostęp do kursów, specjalizacji i staży,
- **Szkolenie i kształcenie** – zarówno podstawowe – istotne na etapie rekrutacji, jak i podyplomowe. Choć modele edukacyjne różnią się znacząco pomiędzy poszczególnymi państwami NATO – odzwierciedlając unikalne tradycje akademickie i doktryny wojskowe – badania konsekwentnie potwierdzają uniwersalną prawidłowość: *dostęp do prestiżowych specjalizacji oraz możliwość ciągłego rozwoju zawodowego stanowią kluczowe czynniki zwiększające retencję kadry medycznej,*
- **Działania promocyjne** – aktywne zachęcanie kandydatów do służby wojskowej, m.in. poprzez kampanie informacyjne, obecność w środowiskach akademickich czy programy stypendialne,
- **Inne środki** – inicjatywy zależne od specyfiki kraju, np. obowiązek zwrotu kosztów szkolenia przy odejściu, szersze angażowanie rezerwy czy specjalne ścieżki rozwoju dla personelu pomocniczego (ryc. 9).



Rycina 9. Zatrzymać kompetencje – strategia NATO dla utrzymania i rozwoju personelu medycznego.

Kluczowe ustalenia NATO COMEDS potwierdzają polskie doświadczenia, wskazując, że opieranie programów budowania motywacji i zachęt do pełnienia służby wojskowej wyłącznie na aspektach finansowych przynosi ograniczone i krótkotrwałe efekty. Kraje Sojuszu zgodnie dostrzegły, że nawet znaczące podwyżki wynagrodzeń nie powstrzymają odpływu kadry medycznej, jeśli codzienne warunki pełnienia służby pozostaną nieatrakcyjne w porównaniu z ofertą cywilnego segmentu rynku zdrowia. W związku z tym NATO rekomenduje kompleksowe podejście do systemu wynagrodzeń – rozszerzenie pensji podstawowej o dodatki i premie uzależnione od kwalifikacji oraz zobowiązań do kontynuowania służby.

Modelowym przykładem jest amerykański system motywacyjny, który obejmuje między innymi: dodatek za pełnienie służby jako lekarz wojskowy, dodatki specjalizacyjne, premie za wykonywanie funkcji klinicznych, a także znaczące bonusy za przedłużenie kontraktu. Szczególnie imponujący jest tzw. *Multiyear Retention Bonus*, sięgający nawet 75 tysięcy dolarów rocznie przy zobowiązaniu do kolejnych czterech lat służby. Dzięki tak rozbudowanemu systemowi wynagrodzeń, amerykańskie siły zbrojne – zarówno US Army, jak i USAF – skutecznie konkurują z rynkiem cywilnym, ograniczając odpływ wykwalifikowanej kadry medycznej do sektora prywatnego.

Motywację lekarzy do pełnienia służby wzmacnia również stosowanie elastycznych grafików i form zatrudnienia. W wielu armiach państw Sojuszu medycy mogą łączyć służbę wojskową z praktyką cywilną lub działalnością naukową, pod warunkiem uzyskania zgody przełożonych oraz dostosowania dodatkowych zobowiązań zawodowych do harmonogramu służby. Wielka Brytania oraz kilka innych państw NATO wdrożyło elastyczny model służby w niepełnym wymiarze godzin, umożliwiającą lekarzom wojskowym redukcję obciążeń etatowych bez konieczności rezygnacji ze służby.

Elastyczność modelu zatrudnienia stanowi kluczową odpowiedź systemową na demograficzne realia korpusu medycznego, gdzie dominują specjaliści w wieku 35-45 lat. Rozwiązania ułatwiające łączenie obowiązków zawodowych z życiem rodzinnym nabierają kluczowego znaczenia w środowisku wojskowym, gdzie uniwersalne wyzwania równowagi praca – życie są szczególnie dotkliwe, zwłaszcza że większość oficerów korpusu medycznego znajduje się w fazie życia silnie obciążonej zobowiązaniami rodzinnymi. Bez wdrożenia elastycznej organizacji służby – przewidywalnych harmonogramów, instrumentów wsparcia rodzicielskiego oraz mechanizmów równowagi między życiem prywatnym a służbą – sztywne ramy służby wojskowej sprawiają, że siły zbrojne systematycznie przegrywają konkurencję o wykwalifikowaną kadrę medyczną z sektorem cywilnym.

Przywoływany raport NATO podkreśla również, że planowanie karier personelu medycznego powinno uwzględniać zarówno ich specjalistyczne doświadczenie, jak i poziom wykszolenia – nawet jeśli wymaga to odejścia od tradycyjnej hierarchii wojskowej. Armie powinny oferować lekarzom możliwości rozwoju zawodowego w ramach korpusu medycznego, a nie jedynie poprzez awans na stanowiska dowódcze niezwiązane z praktyką medyczną. Państwa Sojuszu wypracowały w tym obszarze różnorodne modele organizacyjne – Dania wprowadziła system stopni opartych na kompetencjach i dorobku naukowym lub klinicznym, a nie tylko typowej hierarchii wojskowej (dowódczej), Francja utrzymuje odrębny korpus medyczny z własną hierarchią, natomiast w Niemczech powołanie w 2000 r. wspólnej służby medycznej (Zentraler Sanitätsdienst) z autonomicznym korpusem oficerskim pozwoliło lepiej dopasować awanse do posiadanych kwalifikacji zawodowych. Wszystkie te rozwiązania ograniczają delegowanie lekarzy do zadań pozamedycznych i zwiększają zrozumienie specyfiki ich zawodu i służby przez dowództwo.

*Możliwości ciągłego doskonalenia zawodowego są kolejnym filarem utrzymania kadry medycznej. Dostęp do specjalizacji, kursów doskonalących i konferencji naukowych istotnie zwiększa skłonność lekarzy do pozostania w służbie. Wiele państw NATO finansuje studia podyplomowe i staże zagraniczne jako strategiczną inwestycję w kapitał ludzki, wychodząc ze słusznego założenia, że systematyczne doszktałanie przekłada się nie tylko na wyższe kompetencje i lepszą opiekę nad żołnierzami, ale także na większą satysfakcję lekarzy z pełnionej służby.*

Coraz częściej państwa NATO sięgają również po personel cywilny w celu uzupełniania braków kadrowych. Holandia, Kanada i Wielka Brytania wypracowały hybrydowe modele zatrudnienia, w których lekarze-oficerowie na co dzień pracują w szpitalach cywilnych, pozostając w dyspozycji wojska podczas ćwiczeń i misji. Powszechnie stosowana jest także rotacja między jednostkami wojskowymi a szpitalami – lekarze z jednostek liniowych spędzają rocznie 2-3 miesiące w placówkach

klinicznych, aby utrzymać niezbędne umiejętności praktyczne. Z kolei francuska doktryna wojskowa traktuje ciągłe doskonalenie zawodowe jako nieodłączny element służby, opierając się na analogii, że podobnie jak pilot zachowuje kwalifikacje poprzez regularne loty, tak lekarz wojskowy musi systematycznie praktykować i rozwijać kompetencje kliniczne, aby pozostać w pełni wartościowym dla sił zbrojnych.

*Analiza ujęta w raporcie HFM-213 jest źródłem nie budzących wątpliwości rekomendacji: państwa skutecznie rozwiązujące problem deficytu lekarzy wojskowych stosują zintegrowane podejście systemowe. Synergia instrumentów finansowych, reform organizacyjnych oraz ciągłego rozwoju zawodowego przynosi wymiennie lepsze rezultaty w rekrutacji i utrzymaniu kadry medycznej, podczas gdy działania punktowe – włącznie ze znaczącymi podwyżkami wynagrodzeń – okazują się niewystarczające bez szerszego kontekstu systemowego.*

NATO podkreśla również znaczenie współpracy międzynarodowej w obliczu powszechnego deficytu lekarzy wojskowych. Wspólne ćwiczenia medyczne, programy wymiany oficerów oraz profesjonalne sieci kontaktów umożliwiają identyfikację i adaptację sprawdzonych rozwiązań wypracowanych przez poszczególne państwa Sojuszu, które skutecznie poradziły sobie z wyzwaniem kadrowym w służbie zdrowia.

### **3.4. Ramy prawne i organizacyjne służby lekarzy wojskowych – podstawy skuteczności i rekomendowane kierunki zmian**

System szkolenia specjalizacyjnego w wojskowej służbie zdrowia stanowi fundament bezpieczeństwa medycznego sił zbrojnych, jednak jego obecna architektura generuje strukturalne nierówności względem sektora cywilnego. Asymetria ta manifestuje się w czterech głównych obszarach problemowych. Po pierwsze, dostęp do szkoleń specjalizacyjnych pozostaje uzależniony od decyzji przełożonych, bez transparentnych kryteriów kwalifikacji. Po drugie, procedury delegowania do ośrodków akredytowanych wymagają wielostopniowych zgód administracyjnych, wydłużających proces rekrutacji, co negatywnie wpływa na rynkową atrakcyjność „ścieżki wojskowej”. Po trzecie, brakuje gwarantowanego finansowania miejsc szkoleniowych, tzw. „rezydentur wojskowych”, ze środków resortu obrony. Po czwarte, ograniczona liczba wojskowych placówek spełniających wymogi akredytacyjne redukuje dostępne specjalizacje do wąskiego katalogu dziedzin medycyny, wymuszając jednocześnie realizację szkoleń poza strukturami wojskowych podmiotów leczniczych, co zakłóca proces integracji oficera-lekarza z systemem wojskowej służby zdrowia.

Szczegółowa analiza systemowych barier wymaga dekompozycji problemu na trzy kluczowe obszary dysfunkcji, z których każdy generuje specyficzne wyzwania organizacyjne i wymaga dedykowanych interwencji legislacyjnych. Wdrożenie tych rozwiązań przekształci system kształcenia specjalizacyjnego w katalizator rozwoju wojskowej służby zdrowia, zapewniając długoterminową stabilność kadrową niezbędną do utrzymania gotowości operacyjnej sił zbrojnych.

## **Systemowe bariery rozwoju zawodowego lekarzy wojskowych i ich wpływ na konkurencyjność ścieżki karier**

Lekarze wojskowi doświadczają szeregu specyficznych ograniczeń w rozwoju zawodowym, które w praktyce przekładają się na gorszą pozycję konkurencyjną względem personelu medycznego sektora cywilnego, mimo tożsamości formalnych ram prawnych procesu specjalizacyjnego. System kwalifikacji w resorcie obrony opiera się na ogólnokrajowych, ustawowych zasadach – docelowa rekrutacja odbywa się w systemie SMK, gdzie punkty zostają naliczane automatycznie według ściśle określonych kryteriów, a pozycja w rankingu jest określana wyłącznie na podstawie liczby punktów zdobytych w PES. Etap wewnętrzny MON, obejmujący złożenie wniosku wraz z opiniami przełożonych oraz decyzję Dyrektora DWSZdr o dopuszczeniu do postępowania kwalifikacyjnego, nie ma charakteru administracyjnego, lecz pełni funkcję filtra organizacyjno-personalnego. Właśnie w tym obszarze koncentruje się realna zależność dostępu do specjalizacji od decyzji kadry dowódczej, która – choć formalnie pomocnicza – w praktyce może wzmacniać poczucie niepełnej przejrzystości i asymetrii względem ścieżek cywilnych.

Analiza porównawcza ścieżek specjalizacyjnych dokumentuje wydłużenie procesu kształcenia lekarzy wojskowych średnio o 2-3 lata względem standardów sektora cywilnego. Źródłem tej dysfunkcji nie są odmienności programowe – wojskowi realizują identyczne wymogi merytoryczne co ich cywilni odpowiednicy – lecz strukturalne obciążenie dodatkowymi obowiązkami służbowymi. Decydującym czynnikiem pozostaje obligatoryjne zaangażowanie w zadania administracyjne, logistyczne i szkoleniowe w strukturach jednostek, które mimo czasochłonności nie są zaliczane do wymiaru godzin specjalizacyjnych. Konsekwencją jest paradoks systemowy, gdzie nominalne pięcioletnie specjalizacje rozciągają się do siedmiu czy ośmiu lat realnego szkolenia, drastycznie obniżając konkurencyjność ścieżki wojskowej względem dynamiki rozwoju zawodowego dostępnej w sektorze cywilnym.

### **Ograniczenia finansowania i delegowania na specjalizacje**

System finansowania szkoleń specjalizacyjnych lekarzy wojskowych charakteryzuje się brakiem spójnego, ustawowo umocowanego mechanizmu analogicznego do systemu rezydenckiego funkcjonującego w cywilnej ochronie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia finansuje miejsca rezydenckie dla lekarzy cywilnych, natomiast lekarze pełniący zawodową służbę wojskową – z uwagi na odmienny status prawny – co do zasady nie korzystają z tych możliwości. Ministerstwo Obrony Narodowej nie dysponuje własnym systemem „rezydentur wojskowych”, a wsparcie procesu kształcenia realizowane jest głównie poprzez przekazywanie środków na pokrycie kosztów szkolenia specjalizacyjnego jednostkom prowadzącym.

Brak jednoznacznego, dedykowanego mechanizmu finansowania szkoleń lekarzy wojskowych przekłada się w praktyce na ograniczoną przewidywalność i bezpieczeństwo ścieżki specjalizacyjnej. Proces delegowania oficerów-lekarzy do zewnętrznych ośrodków szkoleniowych napotyka podwójną barierę. Po pierwsze, realne ograniczenia budżetowe limitują skalę dofinansowania miejsc szkoleniowych oraz liczbę lekarzy, których można w danym cyklu oddelegować na stałe do jednostek szkolących. Po drugie, deficyty kadrowe w jednostkach wojskowych powodują niechęć dowódców do

długoterminowego zwalniania personelu medycznego – każda czasowa nieobecność lekarza bezpośrednio zagraża ciągłości zabezpieczenia medycznego wojska. W garnizonach funkcjonujących na granicy minimalnego zabezpieczenia medycznego nieobecność jedynego lekarza destabilizuje de facto lokalny system opieki, zmuszając dowódców do wyboru między bieżącym bezpieczeństwem a rozwojem przyszłych kompetencji.

Brak szybkiego, przewidywalnego i przejrzystego dostępu do systemu szkoleniowego – w połączeniu z przewlekłością procedur oraz ryzykiem przerwania lub czasowego rozproszenia szkolenia z uwagi na potrzeby kadrowe jednostek wojskowych – sprawia, że część lekarzy rezygnuje ze służby wojskowej i decyduje się realizować specjalizację w bardziej stabilnym reżimie sektora cywilnego. Mechanizm ten uruchamia negatywne sprzężenie zwrotne między restrykcjami systemowymi a retencją wykwalifikowanego personelu, pogłębiając deficyty kadrowe w wojskowej służbie zdrowia.

### **Barieri akredytacyjne wojskowych podmiotów leczniczych**

Istotną barierą systemową pozostaje ograniczona możliwość uzyskiwania akredytacji szkoleniowej przez wojskowe placówki medyczne. Proces certyfikacji prowadzony przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego opiera się na jednolitych, ogólnokrajowych kryteriach wynikających z programów specjalizacji oraz standardów jakości kształcenia. Kryteria te są identyczne dla wszystkich podmiotów medycznych – zarówno cywilnych, jak i wojskowych – a Ministerstwo Obrony Narodowej nie ma możliwości ich modyfikowania ani upraszczania wyłącznie dla szpitali wojskowych. Wiele podmiotów wojskowych nie jest obecnie w stanie sprostać wymogom pełnej akredytacji z powodu deficytów kadrowych, ograniczonej infrastruktury oraz zbyt wąskiego zakresu wykonywanych świadczeń. Konsekwencją tych ograniczeń jest koncentracja potencjału szkoleniowego w nielicznych ośrodkach referencyjnych.

Wojskowy Instytut Medyczny – PIB pozostaje głównym centrum kształcenia specjalizacyjnego, dysponując 596 miejscami szkoleniowymi w 48 dziedzinach medycyny, co stanowi 48% wszystkich miejsc specjalizacyjnych w siłach zbrojnych. Wraz z wojskowymi szpitalami klinicznymi tworzy on wąską grupę placówek zdolnych do prowadzenia pełnego programu specjalizacyjnego.

Koncentracja potencjału szkoleniowego w kilku wiodących ośrodkach, mimo zagwarantowania wysokiej jakości kształcenia przez zgromadzone zasoby eksperckie i specjalistyczną infrastrukturę, prowadzi do strukturalnej niewydolności całego systemu dydaktycznego. Nierównomierne rozmieszczenie bazy szkoleniowej skutkuje przeciążeniem głównych placówek przy jednoczesnym marnotrawstwie kompetencji personelu regionalnych jednostek medycznych, wydłużeniem okresów oczekiwania na miejsca specjalizacyjne oraz ograniczeniem dostępu do szkoleń dla lekarzy z garnizonów oddalonych od centrów klinicznych. Lekarze służący w jednostkach pozbawionych pełnej akredytacji zostają zmuszeni do poszukiwania możliwości szkoleniowych w sektorze cywilnym, co wymaga czasochłonnych uzgodnień międzyresortowych i komplikuje planowanie ścieżek rozwoju zawodowego. Należy podkreślić, że obowiązujące regulacje dopuszczają akredytację wojskowych podmiotów na wybrane staże kierunkowe, nawet jeżeli nie spełniają one warunków do prowadzenia pełnego programu specjalizacyjnego. Stopniowe rozszerzanie takiej akredytacji – w ścisłej współpracy

z ośrodkami wiodącymi – powinno zostać wykorzystane jako narzędzie systematycznego zwiększania potencjału dydaktycznego wojskowej służby zdrowia.

Przeprowadzona analiza jasno wskazuje na konieczność pilnej interwencji formalno-prawnej i organizacyjnej w celu wyrównania warunków specjalizacyjnych między sektorem wojskowym a cywilnym przy zachowaniu jednorodnego systemu akredytacji. Reforma wymaga działań w trzech obszarach, z których pierwszym i najważniejszym pozostaje zabezpieczenie finansowe całego systemu szkoleniowego. Nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza lub ustawy o obronie Ojczyzny powinna wprowadzić obligatoryjne finansowanie przez MON odpowiedniej liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy wojskowych. Mechanizm ten umożliwi korzystanie z systemu rezydenckiego na zasadach analogicznych do sektora cywilnego, eliminując obecną zależność od uznaniowych decyzji o delegowaniu na specjalizację. Resort obrony powinien też pokrywać pełne koszty szkolenia – włączając wynagrodzenie rezydenckie, kursy obowiązkowe oraz staże kierunkowe – również wtedy, gdy część programu jest zrealizowana w jednostkach cywilnych.

Niezbędna jest kontynuacja działań zwiększających transparentność procedur kwalifikacyjnych na szkolenia specjalizacyjne w strukturach MON. System wymaga ujednolicenia zasad opiniowania wniosków, precyzyjnego określenia kryteriów oceny merytorycznej oraz ustanowienia mechanizmu odwoławczego umożliwiającego zgłaszanie zastrzeżeń do decyzji kwalifikacyjnych. Wprowadzenie tych mechanizmów wzmocni zaufanie środowiska lekarskiego do obiektywności i przewidywalności systemu rozwoju zawodowego.

Kluczowe znaczenie ma również opracowanie kompleksowego aktu wykonawczego konsolidującego rozproszone obecnie regulacje dotyczące kształcenia specjalizacyjnego lekarzy wojskowych. Dokument ten powinien integrować kwestie kierowania na specjalizacje, zakresu zwolnień służbowych w okresie szkolenia, mechanizmów finansowania poszczególnych elementów programu oraz zasad współpracy z cywilnymi podmiotami szkoleniowymi. Równoległym priorytetem pozostaje sformalizowanie współpracy między Ministerstwem Obrony Narodowej a Ministerstwem Zdrowia w obszarze akredytacji placówek i współfinansowania szkoleń. Usprawnienie tych mechanizmów umożliwi rozszerzenie bazy dydaktycznej poprzez włączenie kolejnych wojskowych podmiotów leczniczych do systemu kształcenia specjalizacyjnego, wzmacniając autonomię szkoleniową resortu obrony. Rozbudowa własnego potencjału dydaktycznego pozwoli precyzyjniej dostosować profile kształcenia do długofalowych potrzeb operacyjnych sił zbrojnych, zapewniając odpowiednią liczbę specjalistów w dziedzinach krytycznych dla zabezpieczenia medycznego współczesnego pola walki.

### **Ograniczenia w wynagradzaniu za prace naukowo-badawcze i rozwojowe**

Reforma systemu rozwoju zawodowego wymaga uwzględnienia nie tylko wymiaru klinicznego i szkoleniowego, ale również komponentu naukowo-badawczego, który w obecnym modelu organizacyjnym pozostaje dramatycznie zaniedbany. Obecne ograniczenia w zakresie prowadzenia działalności naukowej przez lekarzy wojskowych mają charakter zarówno prawny, organizacyjny, jak i finansowy. W praktyce tworzą one system barier, który – mimo wysokich kompetencji środowiska

wojskowej służby zdrowia – skutecznie ogranicza udział żołnierzy-naukowców w badaniach klinicznych, projektach grantowych czy komercjalizacji ich wyników.

System wynagradzania personelu wojskowego w resortowych instytutach badawczych i placówkach medycznych zawiera fundamentalne ograniczenia strukturalne blokujące możliwość pobierania rynkowych honorariów za projekty naukowo-badawcze finansowane z grantów zewnętrznych, funduszy europejskich czy kontraktów komercyjnych. Paradoks tej sytuacji wynika z interpretacji przepisów, według której działalność naukowo-badawcza stanowi integralną część obowiązków służbowych oficera zatrudnionego w jednostce naukowej – regulacje dopuszczają dodatkowe wynagrodzenie wyłącznie za czynności wykraczające poza zakres zadań określonych w karcie opisu stanowiska, eliminując tym samym gratyfikację za projekty uznawane za element podstawowego zakresu obowiązków.

Konsekwencje tej asymetrii regulacyjnej są mierzalne i systematycznie pogłębiają kryzys kadrowy wojskowych ośrodków naukowo-badawczych. Brak możliwości finansowego premiowania aktywności grantowej eliminuje podstawowy mechanizm motywacyjny stosowany powszechnie w sektorze cywilnym, gdzie wynagrodzenia z projektów stanowią istotny składnik dochodów kadry naukowej. Naukowcy w mundurze, pozbawieni tej formy gratyfikacji, często migrują do instytucji cywilnych oferujących konkurencyjne warunki finansowe za analogiczną działalność badawczą.

Degradacja potencjału naukowego wojskowych medycznych instytutów badawczych bezpośrednio ogranicza ich zdolność do konkurencyjnego pozyskiwania środków z budżetu nauki przeznaczonych na działalność badawczo-rozwojową. Niemożność oferowania uznawanych powszechnie w środowisku nauki wynagrodzeń projektowych skutkuje systematycznym odpływem najlepszych specjalistów, co obniża jakość merytoryczną wniosków grantowych i radykalnie zmniejsza prawdopodobieństwo sukcesu w konkursach o finansowanie. Powstaje destrukcyjne sprzężenie zwrotne – osłabiony potencjał kadrowy generuje niższą skuteczność pozyskiwania grantów, co pogłębia deficyt środków na rozwój i dalej marginalizuje wojskowe ośrodki badawcze w krajowym systemie nauki.

### **Ograniczony dostęp do mechanizmów komercjalizacji wyników badań**

Personel wojskowy prowadzący działalność naukowo-badawczą pozostaje systemowo wykluczony z mechanizmów partycypacji w korzyściach wynikających z komercjalizacji własności intelektualnej. Obowiązujące regulacje prawne pozbawiają żołnierzy-naukowców prawa do udziału w przychodach generowanych przez wdrożenia technologiczne, zgłoszenia patentowe czy transfer wiedzy do sektora gospodarczego. Asymetria ta stoi w jaskrawym kontraście do modelu obowiązującego w sektorze cywilnym, gdzie ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce gwarantuje twórcom określony udział w zyskach z komercjalizacji.

Konsekwencje tego wykluczenia mają charakter systemowy i długofalowy. Brak mechanizmów gratyfikacji za działalność innowacyjną eliminuje motywację ekonomiczną do prowadzenia badań aplikacyjnych i rozwoju technologii o potencjale wdrożeniowym. Personel naukowy instytutów badawczych, świadomy braku możliwości partycypacji w ewentualnych korzyściach finansowych,

koncentruje się na badaniach podstawowych lub migruje do sektora cywilnego oferującego pełen zakres benefitów związanych z komercjalizacją.

### **Brak systemu niezależnej oceny naukowej i konsultacyjnej**

Struktury Ministerstwa Obrony Narodowej nie dysponują dedykowanym organem właściwym do merytorycznej oceny projektów naukowo-badawczych z zakresu medycyny na etapie przygotowania wniosków grantowych. System jest też pozbawiony mechanizmów współpracy z konsultantami wojskowej służby zdrowia w poszczególnych dziedzinach medycyny, merytorycznej koordynacji działalności naukowej oraz dostępu do transparentnych procedur recenzji stosowanych w głównym nurcie finansowania nauki. Wynikająca z tych braków izolacja instytucjonalna prowadzi do potrójnej dysfunkcji: ogranicza jakość wewnętrznej oceny wniosków projektowych poprzez brak dostępu do zewnętrznych recenzentów, uniemożliwia włączenie wojskowych inicjatyw badawczych do krajowego systemu ewaluacji parametrycznej oraz skutkuje strukturalnym wykluczeniem z konkursów grantowych finansowanych ze środków publicznych.

Zidentyfikowane deficyty prowadzą do systematycznej marginalizacji kadry naukowo-badawczej wojskowej służby zdrowia. Lekarze wojskowi funkcjonują w systemie pozbawionym formalnych ścieżek dostępu do finansowania grantowego oraz mechanizmów gratyfikacji za aktywność naukową. Sprzeczność tkwiąca w systemie polega na tym, że personel dysponujący wysokimi kwalifikacjami merytorycznymi i unikalnym dostępem do materiału klinicznego – szczególnie w zakresie medycyny urazowej, fizjologii wysiłku czy psychiatrii wojskowej – pozostaje wykluczony z głównego nurtu badań biomedycznych z przyczyn czysto proceduralnych.

W rezultacie potencjał naukowo-innowacyjny wojskowej służby zdrowia ulega systematycznej erozji poprzez migrację najzdolniejszych specjalistów do sektora cywilnego, gdzie mogą realizować ambicje badawcze w warunkach porównywalnych ze standardami międzynarodowymi. Dlatego niezbędna jest pilna nowelizacja przepisów, mająca na celu eliminację zidentyfikowanych barier systemowych poprzez utworzenie dedykowanych mechanizmów finansowania, wprowadzenie przejrzystych procedur oceny projektów oraz przywrócenie wojskowym ośrodkom naukowo-badawczym statusu pełnoprawnych uczestników krajowego i europejskiego rynku nauki. Jedynie kompleksowa reforma ram prawno-organizacyjnych pozwoli wykorzystać unikalny potencjał badawczy sektora wojskowego na rzecz rozwoju innowacji medycznych o strategicznym znaczeniu dla bezpieczeństwa państwa.

### **3.4.1. Mapa legislacyjna reform i harmonogram prac**

Skuteczne wdrożenie programu naprawczego wymaga skoordynowanego pakietu zmian prawnych obejmujących wszystkie poziomy regulacji systemowej. Kluczowe znaczenie ma zagwarantowanie ustawowego finansowania dedykowanych miejsc odbywania specjalizacji lekarskiej dla wojskowej służby zdrowia oraz ustanowienie transparentnych, jednolitych i konkurencyjnych rynkowo kryteriów kwalifikacji do szkoleń specjalizacyjnych z prawem odwołania od decyzji negatywnych. Równocześnie

wymagane jest uproszczenie procedur delegowania lekarzy wojskowych na staże specjalizacyjne do ośrodków cywilnych oraz rozszerzenie sieci placówek akredytowanych w ramach podmiotów szpitalnych WSZdr, uprawnionych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych personelu wojskowego.

Kluczową zmianą organizacyjną pozostaje utworzenie w strukturze dowodzenia sił zbrojnych komponentu medycznego – rodzaju wojsk wyposażonego w pełne kompetencje kadrowe, budżetowe i operacyjne. Rozwiązanie pozwoli zlikwidować obecną dwoistość podporządkowania lekarzy oraz wzmacni sprawność decyzyjną w łańcuchu zabezpieczenia medycznego – od szczebla taktycznego po strategiczny.

Harmonogram prac legislacyjnych powinien przewidywać dwuetapowy tryb działań. Pierwsza faza, realizowana w 2026 r., obejmie pilne nowelizacje rozporządzeń wykonawczych, które umożliwią wdrożenie instrumentów retencyjnych i poprawę warunków służby, w tym m.in. ustanowienie mechanizmu rotacji dla lekarzy w trakcie specjalizacji, tj. 1-3 tygodniowych okresów służby w macierzystej jednostce liniowej co sześć miesięcy, w celu udziału w ćwiczeniach i szkoleniach poligonowych. Przepisy wykonawcze powinny określić harmonogram rotacji, zakres zadań w jednostce oraz sposób zaliczania ww. etapu służby do programu specjalizacji, formalnie uznając praktyczne doświadczenia z medycyny taktycznej za obowiązkowy element portfolio kompetencyjnego dla wszystkich specjalizacji priorytetowych w wojskowej służbie zdrowia.

Równolegle należy przygotować nowelizację ustawy o obronie Ojczyzny w zakresie m.in. statusu lekarzy wojskowych, ścieżek kariery i systemu wynagrodzeń. Wprowadzenie nowej kategorii prawnej „etatu stanu zmiennego” dla lekarzy odbywających specjalizację, umożliwiającą jednocześnie pozostawanie w dyspozycji jednostki macierzystej z przydziałem mobilizacyjnym oraz pełnienie na co dzień służby w wojskowym podmiocie leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne oficera-lekarza – [rozdział 5.2.](#)

Ważnym elementem procesu legislacyjnego będzie również ustanowienie ram prawnych dla bardziej elastycznych niż obecnie hybrydowych form zatrudnienia oficerów-lekarzy, umożliwiających łączenie służby wojskowej z praktyką cywilną, oraz utworzenie systemu rezerw medycznych z precyzyjnie określonymi procedurami mobilizacji specjalistów cywilnych w warunkach kryzysu państwa.

Skuteczne wdrożenie pakietu reform wymaga trzyfazowej sekwencji działań rozłożonej na perspektywę dekady. Faza wczesna, realizowana w 2026 roku, obejmie wprowadzenie podwyżek uposażenia zasadniczego oraz dodatków retencyjnych, uproszczenie i poprawę transparentności procedur delegowania na szkolenia specjalizacyjne oraz intensyfikację rekrutacji do specjalności deficytowych. W fazie średnioterminowej, przypadającej na lata 2027-2028, nastąpi uruchomienie hybrydowych (rotacyjnych) ścieżek rozwoju zawodowego integrujących praktykę wojskową z doświadczeniem klinicznym. Perspektywa długoterminowa, obejmująca lata 2029-2035, koncentrować się będzie na systematycznej eliminacji deficytów kadrowych oraz osiągnięciu docelowych standardów jakościowych zabezpieczenia medycznego zgodnych z wymogami NATO.

### **3.4.2. Reforma w praktyce – trzy decyzje, które w okresie 6 miesięcy realnie poprawią zdolność do zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych**

Przedstawione rekomendacje bazują na wnioskach zawartych w raporcie oraz analizie zidentyfikowanych deficytów kompetencyjnych i organizacyjnych.

#### **1. Zdjęcie zadań pozamedycznych z grafików lekarzy w jednostkach**

Cel operacyjny zakłada szybkie zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów kadrowych służby zdrowia poprzez odzyskanie minimum 20% czasu pracy lekarza wojskowego, który zostanie przeznaczony na praktykę kliniczną, szkolenia specjalistyczne oraz działania operacyjne.

Badania środowiskowe jednoznacznie wskazują, że wiodącą barierą skuteczności systemu medycyny wojskowej nie jest poziom wynagrodzeń, lecz nadmierne obciążenie personelu medycznego czynnościami administracyjno-logistycznymi, czego konsekwencją jest niedostateczna samoocena fachowej gotowości operacyjnej wśród kadry lekarskiej.

Sposób realizacji opiera się na rozkazie Szefa Sztabu Generalnego skierowanym do dowódców rodzajów wojsk oraz Dowództwa Wojsk Obrony Terytorialnej, nakładającym obowiązek przejęcia ww. zadań przez korpusy osobowe niemedyczne, przy całkowitym uwolnieniu personelu lekarskiego od tych obowiązków i skoncentrowaniu go wyłącznie na zadaniach klinicznych i szkoleniowych.

Miernikami sukcesu w okresie sześciu miesięcy będą: wdrożenie systemu w minimum 80% jednostek objętych programem pilotażowym, osiągnięcie średnio 20% dobowego czasu pracy lekarza przeznaczonego na praktykę kliniczną i szkolenia specjalistyczne, wzrost wskaźnika satysfakcji zawodowej personelu lekarskiego oraz spadek odsetka deklaracji niedostatecznej gotowości operacyjnej w ankietach jednostkowych.

Implementacja celu wymaga wyłącznie dyscypliny wykonawczej na wszystkich szczeblach dowodzenia i nie generuje dodatkowych kosztów – nie wymaga tworzenia nowych etatów ani realizacji zakupów sprzętowych czy materiałowych, podczas gdy sukces zależy od konsekwentnego egzekwowania redystrybucji obowiązków między korpusami osobowymi. ☒

#### **2. Stała, planowa rotacyjna praktyka kliniczna i dyżury dla lekarzy z jednostek liniowych**

Cel operacyjny koncentruje się na utrzymaniu i systematycznym rozwoju kompetencji klinicznych personelu medycznego w kluczowych obszarach medycyny pola walki: chirurgii, traumatologii, anestezjologii oraz intensywnej terapii, ze szczególnym uwzględnieniem scenariuszy przedłużonej opieki polowej i zdarzeń masowych z dużą liczbą poszkodowanych. Rozwój tych kompetencji bezpośrednio warunkuje wskaźniki przeżywalności rannych oraz czas powrotu żołnierzy do służby.

Współczesne doświadczenia operacyjne jednoznacznie potwierdzają, że brak regularnej praktyki klinicznej drastycznie obniża gotowość personelu medycznego do działań w warunkach konfliktu zbrojnego wysokiej intensywności, a dane empiryczne wskazują na postępującą degradację umiejętności praktycznych lekarzy wojskowych obarczonych nadmiarem zadań administracyjnych.

Sposób realizacji zakłada utworzenie przez Departament Wojskowej Służby Zdrowia, we współpracy z Wojskowym Instytutem Medycznym – PIB oraz wojskowymi szpitalami klinicznymi, zintegrowanego systemu rotacyjnych staży i dyżurów klinicznych wpisanych obligatoryjnie w harmonogramy służby poszczególnych jednostek wojskowych. Każda jednostka wojskowa otrzyma miesięczny limit dyżurów przypadających na etat lekarski, przy jednoczesnym wprowadzeniu rejestru wykonywanych procedur wysokiej złożoności w centralnym rejestrze kompetencji oraz obowiązku realizacji minimum jednej sesji symulacyjnej o profilu zdarzenia masowego dla każdego zespołu medycznego w cyklu miesięcznym.

Miernikami sukcesu w okresie sześciu miesięcy będą: realizacja co najmniej 200 dyżurów rotacyjnych miesięcznie w sieci WIM-PIB i wojskowych szpitali klinicznych, udokumentowanie wykonania określonego katalogu procedur traumatologicznych i intensywno-wystycznych przez każdego lekarza uczestniczącego w programie oraz redukcja o 30% deklaracji niedostatecznej gotowości operacyjnej w grupie objętej pilotażem.

Rozwiązanie wykorzystuje istniejącą infrastrukturę i zasoby kadrowe systemu wojskowej służby zdrowia, nie wymagając tworzenia nowych struktur organizacyjnych – kluczowym warunkiem sukcesu jest opracowanie precyzyjnego harmonogramu rotacji oraz nadanie przedsięwzięciu odpowiedniego priorytetu w systemie zarządzania służbą zdrowia sił zbrojnych.

### **3. FRMP – Field-Ready Military Physician jako obowiązkowa ścieżka certyfikacji i podstawa dodatku kompetencyjnego**

Cel operacyjny zakłada przyspieszoną standaryzację umiejętności personelu medycznego zgodnie z obowiązującą doktryną NATO oraz kompleksowe przygotowanie zespołów medycznych do działania w warunkach, gdy klasyczna koncepcja „złotej godziny” nie może zostać zachowana ze względu na realia operacyjne.

Przeprowadzona analiza oraz doświadczenia z konfliktu ukraińskiego jednoznacznie wskazują na konieczność wdrożenia zintegrowanego pakietu szkoleń odpowiadającego współczesnym wyzwaniom pola walki, gdzie personel medyczny musi samodzielnie prowadzić przedłużoną opiekę nad rannymi, wykonywać procedury chirurgii kontroli uszkodzeń oraz koordynować ewakuację medyczną w warunkach znaczących ograniczeń logistycznych i czasowych.

Sposób realizacji opiera się na konsolidacji przez Departament Wojskowej Służby Zdrowia oraz Wojskowy Instytut Medyczny – PIB wszystkich kluczowych modułów szkoleniowych, obejmujących taktyczną opiekę nad poszkodowanym w warunkach pola walki, zaawansowane procedury typu DCR i DCS, przedłużoną opiekę polową, postępowanie w zdarzeniach masowych oraz komponenty związane z zagrożeniami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi i nuklearnymi, w jeden spójny program certyfikacyjny oparty na matrycy kompetencji z egzaminami praktycznymi i obowiązkiem odświeżania kwalifikacji każde dwa lata. Ukończenie poszczególnych modułów zostanie bezpośrednio powiązane z systemem dodatków kompetencyjnych oraz stanowić będzie obligatoryjne kryterium awansowe.

Miernikami sukcesu w okresie sześciu miesięcy będą: objęcie programem minimum 100 lekarzy wojskowych, uzyskanie pełnego pakietu kwalifikacji medyka sił specjalnych przez minimum 10 uczestników, osiągnięcie gotowości do wystawienia jednego lekkiego zespołu chirurgicznego (LMSC) oraz jednego zespołu chirurgii operacji specjalnych (SOST) do udziału w epizodach ćwiczebnych, a także wzrost poziomu interoperacyjności mierzony zgodnością stosowanych procedur i list kontrolnych ze standardami NATO.

Przedsięwzięcie porządkuje rozproszone dotychczas inicjatywy szkoleniowe, nadając im strategiczną wagę organizacyjną poprzez bezpośrednie powiązanie z systemem wynagradzania i ścieżką rozwoju zawodowego kadry medycznej sił zbrojnych.

## 4. Od harmonizacji oczekiwań do optymalizacji systemu wojskowej służby zdrowia w Siłach Zbrojnych RP

### 4.1. Transformacja systemu medycyny wojskowej w świetle doświadczeń i standardów NATO – w kierunku interoperacyjności i odporności

Oczekiwania wobec wojskowej służby zdrowia w Polsce i innych państwach NATO są w zasadniczym stopniu zbieżne. Dowódcy wszystkich armii Sojuszu oczekują systemu medycznego zdolnego do zapewnienia sprawnej opieki w garnizonach i na polu walki, co wymaga personelu o wysokich kompetencjach, silnej motywacji i pełnej dyspozycyjności operacyjnej.

Do tego współczesne konflikty zbrojne – o bezprecedensowej intensywności i skali obrażeń – radykalnie podnoszą poprzeczkę stawianych wymagań fachowych. Doświadczenia z wojny na Ukrainie dobitnie uświadomiły wszystkim członkom NATO krytyczne znaczenie wysokospecjalistycznej pomocy medycznej w strefie działań operacyjnych. Ciężko ranni żołnierze często wymagają natychmiastowych, złożonych procedur ratunkowych jeszcze przed ewakuacją do szpitala polowego. Twarde dane statystyczne dotyczące wskaźników przeżywalności nie pozostawiają złudzeń – to właśnie dostępność wykwalifikowanego personelu medycznego w bezpośredniej bliskości rejonu walk przesądza o tym, kto przeżyje, a kto zginie. Tego rodzaju brutalna rzeczywistość precyzyjnie definiuje wyzwania kadrowe stojące przed Polską i innymi państwami wschodniej flanki NATO, na które odpowiedzią musi być pozyskanie i utrzymanie w służbie lekarzy o szczególnym profilu kompetencyjnym.

Kogo więc potrzebujemy? Przede wszystkim specjalistów zdolnych do wykonywania zaawansowanych procedur medycznych pod ekstremalną presją czasu i w warunkach permanentnego zagrożenia. Kluczowa jest również ich biegłość w wykorzystywaniu najnowocześniejszych technologii ratownictwa taktycznego – od przenośnych systemów podtrzymywania życia po zaawansowaną diagnostykę obrazową. Równie istotne, choć często pomijane w tradycyjnym kształceniu medycznym, pozostaje przygotowanie psychologiczne – odporność mentalna pozwalająca zachować profesjonalną skuteczność w konfrontacji z traumatycznymi realiami współczesnego pola walki.

*Dlatego należy pamiętać, że system wojskowej służby zdrowia potrzebuje nie tylko odpowiedniej liczby specjalistów w kluczowych dla armii dziedzinach medycyny, ale także sprawnie funkcjonujących zespołów ewakuacji medycznej oraz doświadczonych ratowników i personelu pielęgniarskiego wyspecjalizowanego w intensywnej terapii. Jedynie tak kompleksowa gotowość – integrująca wymiar organizacyjny, technologiczny i kadrowy – może sprostać wyzwaniom wojny XXI wieku.*

Gdzie zatem tkwi fundamentalny problem systemu służby zdrowia Sił Zbrojnych RP? Źródłem dysfunkcji jest przede wszystkim fragmentaryczna architektura organizacyjna – personel medyczny

pozostaje rozproszony między różnymi rodzajami wojsk, funkcjonując w ramach odrębnych struktur dowodzenia. Wyzwolona w ten sposób dwoistość podporządkowania wywołuje systemowy paradoks: lekarze służący w jednostkach liniowych podlegają bezpośrednio ich dowódcom, podczas gdy infrastruktura szpitalna, kształcenie, badania i rozwój, właściwe inspekcje medyczne pozostają w gestii Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia. Konsekwencje takiej atomizacji są przewidywalne – głos środowiska medycznego, jego specyficzne potrzeby szkoleniowe, sprzętowe czy kadrowe, z trudem przebijają się przez kolejne szczeble hierarchii do kompetentnych i wrażliwych na problemy środowiska ośrodków decyzyjnych.

*Dlatego jedyną realną drogą wyjścia z tego systemowego kolapsu jest utworzenie zintegrowanego dowództwa medycznego – autonomicznej struktury skupiającej pełnię zasobów kadrowych, infrastrukturalnych i szkoleniowych WSZdr pod jednolitym kierownictwem. Wyłącznie tego rodzaju architektura organizacyjna, wzorowana na sprawdzonych modelach francuskim i niemieckim, umożliwi zasadniczą przebudowę logiki działania systemu: przywrócenie równowagi między zakresem odpowiedzialności a realnymi kompetencjami decyzyjnymi, eliminację destrukcyjnego rozproszenia zasobów oraz – co najistotniejsze – przekształcenie polskiej medycyny wojskowej z reaktywnej służby pomocniczej w proaktywny, strategiczny komponent potencjału obronnego państwa, zdolny sprostać wymogom konfliktów XXI wieku.*

Analiza porównawcza systemów wojskowej służby zdrowia w państwach NATO ujawnia korelację między autonomią organizacyjną a skutecznością operacyjną. Francja reprezentuje najbardziej zaawansowany model instytucjonalny, gdzie Service de Santé des Armées funkcjonuje jako w pełni wyodrębniona struktura z własnym łańcuchem dowodzenia bezpośrednio podporządkowanym Sztabowi Generalnemu. Pozycja ustrojowa szefa tej służby – Médecin Général des Armées – na równi z dowódcami rodzajów sił zbrojnych zapewnia systematyczne uwzględnienie wymogów medycznych w planowaniu strategicznym i alokacji zasobów obronnych.

Analogiczne rozwiązanie systemowe przyjęła Bundeswehra, konsolidując wszystkie komponenty medyczne – niezależnie czy pochodzą z wojsk lądowych, Luftwaffe czy Deutsche Marine – w ramach jednolitej struktury Zentraler Sanitätsdienst. Choć formalnie nie stanowi ona odrębnego rodzaju sił zbrojnych, de facto funkcjonuje jako quasi-autonomiczna formacja z własnym korpusem oficerskim, odrębną ścieżką awansową i wyraźnie zdefiniowaną tożsamością instytucjonalną.

Przedstawione rozwiązania strukturalne generują mierzalne korzyści operacyjne – personel medyczny w systemach francuskim i niemieckim koncentruje się wyłącznie na zadaniach stricte medycznych, funkcjonując pod kierownictwem przełożonych doskonale rozumiejących specyfikę medycyny wojskowej. Przekłada się to bezpośrednio na wyższy prestiż zawodowy, większą satysfakcję z pełnionej służby oraz – co najistotniejsze z perspektywy gotowości bojowej – znacząco wyższą efektywność całego systemu zabezpieczenia medycznego.

Kolejną krytyczną płaszczyzną analizy porównawczej pozostaje polityka kadrowa i system motywacyjny personelu medycznego. Paradoksalnie, exodus polskich lekarzy wojskowych tylko częściowo wynika z kwestii finansowych – fundamentalne znaczenie mają deficyty w obszarze rozwoju zawodowego oraz systemowe ograniczenia możliwości awansu. Analizy prowadzone przez struktury NATO

konsekwentnie potwierdzają tę diagnozę: wynagrodzenie stanowi istotny, lecz nie decydujący czynnik retencji kadry medycznej.

*Kluczowe znaczenie mają bowiem trzy wzajemnie powiązane elementy: racjonalna organizacja pracy klinicznej, transparentne perspektywy rozwoju kariery oraz możliwość zachowania równowagi między służbą a życiem prywatnym.*

Doświadczenia francuskie ilustrują modelowe rozwiązanie systemowe: Service de Santé des Armées oferuje oficerowi-lekarzowi kompletną mapę kariery – od stanowiska lekarza jednostki, poprzez funkcję ordynatora kliniki wojskowej, aż po pozycję szefa służby zdrowia armii. Co istotne, progresja w hierarchii wojskowej pozostaje ściśle skorelowana z rozwojem kompetencji specjalistycznych – każdy kolejny stopień oficerski odzwierciedla rzeczywisty przyrost doświadczenia klinicznego i umiejętności zarządczych.

Z kolei system amerykański reprezentuje fundamentalnie odmienne, a zarazem wysoce efektywne podejście do zarządzania kadrami medycznymi. Lekarz legitymujący się ukończoną specjalizacją rozpoczyna służbę wojskową bezpośrednio w stopniu kapitana lub majora – jest to instytucjonalne uznanie wartości jego cywilnych kompetencji klinicznych. Co więcej, amerykański model ewaluacji zawodowej precyzyjnie identyfikuje i konsekwentnie promuje wybitnych specjalistów medycznych, niezależnie od ich predyspozycji czy aspiracji dowódczych. W praktyce funkcjonują zatem równoległe scenariusze kariery: ścieżka dowódcza oraz ścieżka ekspercka, każda dostosowana do odmiennego profilu kompetencyjnego oficera-lekarza.

Polska architektura systemu kadrowego wyraźnie kontrastuje z ww. modelami – z konsekwencjami destrukcyjnymi dla utrzymania potencjału intelektualnego WSZdr, co potwierdza analiza ścieżek kariery ujawniająca błąd systemowy: większość lekarzy wojskowych przez lata nie wychodzi poza najniższe rangę stopnie oficerskie, ponieważ mechanizmy promocyjne pozostają sztywno zdeterminowane przez dwa czynniki strukturalne. Pierwszym jest ograniczona pula etatów wyższych stanowisk, drugim – anachroniczne kryteria ewaluacyjne, które pomijają rzeczywiste kompetencje kliniczne, dorobek naukowy czy innowacyjność w praktyce medycznej.

Konsekwencje tej dysfunkcji są przewidywalne i empirycznie udokumentowane – następuje systematyczny drenaż najwyższej klasy specjalistów medycznych do sektora cywilnego, gdzie w szpitalach klinicznych, ośrodkach akademickich czy wysokospecjalistycznej praktyce prywatnej ich wiedza ekspercka spotyka się z proporcjonalnym uznaniem merytorycznym, adekwatnym statusem profesjonalnym oraz konkurencyjną gratyfikacją finansową, których brakuje w sztywnych strukturach WSZdr.

*Paradoksalnie wojsko traci najcenniejszy kapitał ludzki w momencie najwyższego zapotrzebowania na kompetencje, których wykształcenie wymaga co najmniej dekady praktyki, a ich utrata – w obliczu rosnącego prawdopodobieństwa konfliktu – stanowi nieodwracalne osłabienie potencjału obronnego państwa w jego najbardziej newralgicznym wymiarze: zdolności ratowania życia własnych żołnierzy.*

Medycy wojskowi we wszystkich armiach NATO formułują jednoznaczne oczekiwanie: struktury dowódcze muszą rozumieć i respektować unikalną specyfikę medycyny wojskowej – i tego rodzaju świadomość coraz wyraźniej przenika do systemu kształcenia – programy szkoleniowe oficerów liniowych coraz częściej obejmują dedykowane moduły poświęcone roli służb medycznych, zasadom współpracy międzykorpusowej oraz wymogowi utrzymania gotowości personelu medycznego.

*Doktryna NATO wprost uznaje kluczową regułę: lekarz wojskowy potrzebuje ciągłej praktyki klinicznej, aby zachować kompetencje operacyjne. Bez systematycznego kontaktu z pacjentem, udziału w rozwoju medycyny i dostępu do nowoczesnych technologii diagnostyczno-terapeutycznych nawet najlepiej wyszkolony specjalista traci zdolność do efektywnego działania w warunkach stresu pola walki. Armie, które przyjęły tę zasadę, raportują wymierną poprawę efektywności operacyjnej. Personel medyczny przestaje być postrzegany jako „służba pomocnicza”, staje się integralnym komponentem potencjału operacyjnego. Co istotniejsze, sami medycy silniej identyfikują się z misją jednostki, wnosząc do systemu militarnego unikalną perspektywę etyczną – syntezę etosu wojskowego z hipokratejskim imperatywem ochrony życia.*

Przedstawione informacje wskazują, że Polska i inne państwa Sojuszu mierzą się z tożsamymi wyzwaniem strukturalnymi, jednak skuteczność ich rozwiązywania w dużym stopniu zależy od przyjętego modelu organizacyjnego.

Uniwersalne wyzwania koncentrują się w trzech obszarach: po pierwsze – chroniczny deficyt kadr medycznych wynikający z asymetrii między wymogami służby wojskowej a atrakcyjnością sektora cywilnego, po drugie – napięcie między intensywnością obowiązków służbowych a potrzebą równowagi życiowej i ciągłości rozwoju zawodowego, po trzecie – rewolucja technologiczna w medycynie ratunkowej, która wymaga stałego doskonalenia w warunkach ograniczonych nakładów obronnych na ten cel.

Największe różnice dotyczą jednak architektury instytucjonalnej – państwa, które nadały medycynie wojskowej większą autonomię, tworząc niezależne struktury dowodzenia, elastyczne systemy wynagradzania oraz rozszerzając kompetencje wojskowego personelu medycznego względem ich cywilnych odpowiedników, osiągają wyższe wskaźniki retencji kadr i gotowości operacyjnej.

Polska, funkcjonująca w rozproszonym modelu z nieprzejrzyistymi i niespójnymi ścieżkami rozwoju zawodowego, należy wciąż do grupy państw stojących u progu reform systemowych, podczas gdy liderzy – Francja i Niemcy – wdrażają już trzecią generację zmian strukturalnych.

Doświadczenia państw, które skutecznie zreformowały swoje systemy, wskazują jednoznacznie: bez kompleksowego pakietu motywacyjnego porównywalnego z ofertą rynku cywilnego, rekrutacja i retencja lekarzy wojskowych pozostanie niemożliwa. Aby skutecznie przyciągnąć i utrzymać w Siłach Zbrojnych RP lekarzy, należy sięgnąć po instrumenty analogiczne do rozwiązań stosowanych wobec innych deficytowych grup specjalistów funkcjonujących na konkurencyjnych rynkach cywilnych – obejmujące skoordynowany pakiet zachęt finansowych, prestiżowych i rozwojowych – z wyraźnym odniesieniem do sprawdzonych praktyk adresowanych do pilotów wojskowych, prawników, specjalistów IT oraz funkcjonariuszy pozostałych służb mundurowych, których rozważna adaptacja do realiów korpusu medycznego zwiększy atrakcyjność służby, poprawi nabór i wzmocni retencję.

## 4.2. Wspólne doświadczenia, narodowe rozwiązania – model adaptacji praktyk sojuszniczych w systemie służby zdrowia Sił Zbrojnych RP

Zaproponowane po raz pierwszy w 2019 roku, w kolejnych latach uzupełniane i doskonalone rozwiązania o charakterze zmian systemowych w podejściu do organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych WSZdr są, zwłaszcza dziś, warte rozważenia pod kątem ich praktycznego zastosowania w warunkach służby wojskowej.

Spośród całego spektrum proponowanych reform systemowych, kwestia polityki kadrowej wymaga szczególnej uwagi jako fundament dalszych zmian strukturalnych – bez odpowiednio przygotowanego i zmotywowanego personelu medycznego nawet najlepsze rozwiązania organizacyjne pozostaną martwą literą.

Ogólne założenia proponowanej zmiany, wyłącznie w części obejmującej aspekty związane z polityką kadrową, zawierają się w następujących тезach:

- Po pierwsze, siły zbrojne wymagają systematycznej analizy potrzeb kadrowych wojskowej służby zdrowia poprzez cykliczną ocenę stanu faktycznego oraz prognozowanie zapotrzebowania na personel medyczny w perspektywie krótko- i długoterminowej. Proces ten musi obejmować określenie wielkości korpusu medycznego, jego struktury organizacyjnej oraz profilu kompetencyjnego, przy zastosowaniu metodologii uwzględniającej czynniki demograficzne, epidemiologiczne i operacyjne. Wypracowane rekomendacje powinny wskazywać priorytety szkoleniowe dla poszczególnych grup zawodowych – lekarzy, dentystów, pielęgniarek i ratowników medycznych – ze szczególnym uwzględnieniem specjalizacji krytycznych dla gotowości operacyjnej oraz mechanizmów efektywnej alokacji zasobów kadrowych w systemie zabezpieczenia medycznego.<sup>1</sup>

Proponowana metoda i sposób działania – zwiększające atrakcyjność służby wojskowej, są szczególnie ważne w czasie, kiedy pensje medyków w mundurach w związku z wprowadzeniem przez Ministra Zdrowia ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia są odczuwalnie niższe,

- Priorytetem nowego otwarcia powinno być wyznaczenie zaktualizowanego wektora polityki kadrowej – czytelnego, jasno wyrażonego przekazu nt. celu, jakim jest stworzenie w siłach zbrojnych warunków pełnienia służby, tzw. indywidualnego scenariusza życia zawodowego (ścieżka kariery), których konkurencyjność jest dużo wyższa i bardziej atrakcyjna niż oferta otwartego rynku medycznego. Realizacja zamierzenia powinna zostać oparta na ścieżce

---

<sup>1</sup> Rozwiązania tego rodzaju funkcjonują na rynku ochrony zdrowia w Polsce, co stwarza okazję do ich łatwej i szybkiej aplikacji do potrzeb resortu obrony narodowej.

intensywnego szkolenia, w tym specjalizacyjnego, prowadzonego głównie w akredytowanych szpitalach wojskowych, ale również wspierających systemem WSZdr prestiżowych ośrodkach edukacyjnych, skupionego na zakresach kompetencji kluczowych dla WSZdr, połączonego z okresową, cykliczną realizacją zadań mobilizacyjno-operacyjnych na rzecz i/lub w strukturach jednostek wojskowych.

Motywacja do służby powinna też uwzględniać aspekty finansowe, i to co najmniej w dwóch obszarach. Po pierwsze, podążanie wynagrodzeń medyków w mundurach, tak w zakresie wartości, jak i dynamiki zmian za systemowymi regulacjami rynku ochrony zdrowia. Po drugie, możliwość kształtowania struktury składników wynagrodzeń z silniej zaznaczonym oddziaływaniem dodatków promujących zaangażowanie w bieżącą aktywność zadaniową i operacyjną, mających kluczowe znaczenie dla wartości zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. W tym kontekście warto dodatkowo uwzględnić rozwiązanie, zgodnie z którym odczuwalny wzrost uposażenia medyka wojskowego będzie następował wraz z podnoszeniem przez niego głównych kwalifikacji zawodowych – specjalizacji i umiejętności. Tego rodzaju praktyka jako forma uznania będzie wyrazem wagi i znaczenia, jakie siły zbrojne przykładają do kwestii kompetencji personelu medycznego i poprzez wyzwoloną w ten sposób motywację zachęci do pozostania w służbie najbardziej wartościowe, oczekiwane z perspektywy potrzeb wojska jednostki,

- Podniesienie na najwyższy możliwy poziom procesów związanych z jakością i organizacją pracy w wojskowych podmiotach leczniczych oraz zapewnienie tą drogą atrakcyjnych warunków realizacji zadań związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym personelu medycznego. Dostępność do nowoczesnego sprzętu medycznego, wysokiej klasy wyposażenia technicznego, podobnie jak zapewnienie możliwie najlepszych warunków pracy i organizacji procesów opieki są dziś kluczowymi czynnikami silnie determinującymi sukces kadrowy w ochronie zdrowia.

W odniesieniu do wszystkich szpitali i przychodni wojskowych należy wprowadzić i konsekwentnie stosować w codziennej praktyce zasadę stałego doskonalenia procesów i procedur zarządzania. Punktem wyjścia powinna być standaryzacja i ujednoczenie działań w przedmiotowym zakresie z jednoczesnym oparciem na zweryfikowanych, sprawdzonych w praktyce wzorcach i normach postępowania dotyczących organizacji miejsc pracy, w tym ich wyposażenia. Dodatkowe wsparcie w formie odwołującej się do zasad współpracy i rozwoju synergii w zespole kultury organizacyjnej będzie stanowić o przewadze konkurencyjnej miejsc szkolenia i doskonalenia zawodowego wojskowej kadry medycznej w obszarach działalności charakteryzujących się rosnącą, coraz bardziej oczekiwaną i cenioną w środowisku medycznym specyfiką,

- Diagnoza rzeczywistych potrzeb kadrowych oraz skali deficytów lekarzy – zarówno w siłach zbrojnych, jak w całym systemie ochrony zdrowia – wymaga systemowego podejścia wykraczającego poza obecną strategię ekstensywnego zwiększania liczby studentów. Model oparty wyłącznie na maksymalizacji naborów na studia wojskowo-lekarskie, bez

równoczesnego zapewnienia konkurencyjnych warunków służby i mechanizmów retencji wykwalifikowanych specjalistów, generuje nieakceptowalne koszty systemowe. Masowe nabory przy obniżonych kryteriach kwalifikacyjnych prowadzą do degradacji jakości kształcenia, co w perspektywie długoterminowej podważa zdolności operacyjne wojskowej służby zdrowia. Już obecnie obserwujemy negatywne konsekwencje liberalizacji wymogów rekrutacyjnych – spadek poziomu merytorycznego kandydatów przekłada się bezpośrednio na obniżenie standardów przyszłej kadry medycznej sił zbrojnych.

Priorytetem pozostaje więc wykorzystanie potencjału edukacyjnego wojskowych instytutów badawczych oraz akredytowanych podmiotów leczniczych podległych resortowi obrony. Obecny model, w którym większość szkoleń specjalizacyjnych realizowana jest w placówkach cywilnych, prowadzi do utraty kontroli nad procesem kształcenia i osłabienia identyfikacji młodych lekarzy z systemem wojskowym. Przeniesienie centrum ciężkości kształcenia podyplomowego do struktur wojskowej służby zdrowia przyniesie efekt synergii kompetencyjnej. Personel szpitali wojskowych zaangażowany w proces dydaktyczny będzie systematycznie aktualizował własną wiedzę i umiejętności, co przełoży się bezpośrednio na podwyższenie standardów opieki medycznej świadczonej żołnierzom i pracownikom resortu. Mechanizm ten, zgodnie z zasadą wzajemnego uczenia się, wzmocni potencjał merytoryczny całego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych; oraz

- Wojskowa służba zdrowia doświadcza również strukturalnego deficytu wykwalifikowanej kadry dowódczej, szczególnie na poziomie operacyjnym i strategicznym – konsekwencji wieloletnich zaniedbań w systemie rozwoju zawodowego personelu medycznego. Aktywacja dedykowanych ścieżek awansu dla oficerów medycznych posiadających potencjał dowódczy stanowi priorytet reformy systemu.

Program rozwoju kadry kierowniczej wymaga dwutorowego podejścia. Na poziomie krajowym konieczne jest zapewnienie systematycznego dostępu do szkoleń z zakresu zarządzania strategicznego, planowania operacyjnego oraz dowodzenia w warunkach kryzysowych. Kluczowe znaczenie ma jednak komponent międzynarodowy – udział w kursach organizowanych przez Centra Doskonalenia NATO, gdzie poza rozwojem kompetencji merytorycznych następuje budowanie sieci kontaktów stanowiących fundament efektywnej współpracy sojuszniczej. Międzynarodowa wymiana doświadczeń w ramach struktur NATO zapewnia nie tylko transfer wiedzy operacyjnej, ale także internalizację standardów dowodzenia obowiązujących w armiach sojuszniczych. Personel uczestniczący w tych programach staje się naturalnym łącznikiem między polskim systemem zabezpieczenia medycznego a strukturami międzynarodowymi, co zwiększa interoperacyjność i gotowość do działań koalicyjnych (ryc. 10).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Akademia Sztuki Wojennej oraz WIM-PIB przygotowały program dwusemestralnych studiów podyplomowych na kierunku kierowanie i dowodzenie jednostkami wojskowej służby zdrowia szczebla taktycznego i operacyjnego.



Rycina 10. Droga do sukcesu... poprzez aspirację i potrzeby.

## 5. Lekarz i armia – wspólna misja, wspólna odpowiedzialność. Nowe otwarcie, czyli od kryzysu do konstruktywnej zmiany

### 5.1. Od kryzysu do reformy – medycyna jako probierz siły i odporności Sił Zbrojnych RP

Analiza polskich doświadczeń oraz praktyk sojuszniczych prowadzi do kilku kluczowych wniosków, których systematyczne uwzględnianie powinno stanowić imperatyw w procesach decyzyjnych kierownictwa MON oraz dowództwa Sił Zbrojnych RP.

Kryzys WSZdr ma przede wszystkim charakter systemowy i strategiczny – nie można go ani redukować, ani deprecjonować, sprowadzając jego istotę jedynie do problemów kadrowych czy socjalno-bytowych roszczeń jednej grupy zawodowej. Musimy pilnie zmienić to postrzeżenie, a to oznacza, że potrzebujemy znacznie lepszej świadomości sytuacyjnej.

Ponad połowa polskich lekarzy wojskowych otwarcie przyznaje rozczarowanie warunkami służby, a lawinowo rosnąca liczba odejść wskazuje, że nie mamy do czynienia z incydentalnym problemem, lecz z kryzysem zagrażającym stabilności całego systemu. Jak alarmują sami medycy: „*brak gruntowej reformy... długofalowo zagrozi bezpieczeństwu państwa*”, co dobitnie pokazuje, że sednem problemu jest utrzymanie sprawności operacyjnej armii.

W realiach współczesnego konfliktu armia pozbawiona skutecznego komponentu medycznego szybko traci efektywność – spada morale walczących, rosną straty, a opinia publiczna traci zaufanie, widząc, że armia nie potrafi stworzyć warunków bezpieczeństwa i opieki dla swoich żołnierzy. Dlatego wypracowanie docelowych, tj. skutecznych i kompleksowych rozwiązań w obszarze WSZdr należy postrzegać jako integralny element strategii obronnej państwa, a nie jedynie jako techniczną poprawę warunków pracy w ramach jednej służby.

Po drugie, kluczowym warunkiem skutecznej transformacji jest przyjęcie standardu sytuującego personel medyczny – lekarzy, ratowników i pielęgniarki – w centrum uwagi armii, co nie wynika z partykularnych aspiracji środowiskowych, lecz z obiektywnej potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego żołnierzy i utrzymania zdolności operacyjnych sił zbrojnych. Inwestycje w technologie medyczne oraz infrastrukturę nie generują oczekiwanych rezultatów operacyjnych, jeśli zabraknie zmotywowanego i stabilizowanego warunkami służby specjalistycznego personelu. W ostatnich latach obserwuje się wyraźny postęp w modernizacji systemów uzbrojenia, przy jednoczesnej stagnacji w rozwoju strategii zarządzania personelem w obszarze medycznym – stąd m.in. wynika konieczność prowadzenia polityki kadrowej wzmocniającej długofalowe związanie personelu medycznego z armią, obejmującej spójne ścieżki kariery, gwarancję ciągłości kompetencji klinicznych oraz optymalizację warunków pełnienia służby.

Najistotniejsze dysfunkcje wskazywane przez personel medyczny obejmują nieefektywne wykorzystanie kompetencji specjalistycznych, nadmierne obciążenie zadaniami pozamedycznymi oraz systemowe ograniczanie możliwości rozwoju zawodowego – obszary te powinny zostać uznane za priorytetowe w procesach naprawczych.

*Dostosowanie systemu wynagrodzeń do realiów rynkowych jest niezbędnym, ale równocześnie komplementarnym elementem: personel medyczny, który doświadcza satysfakcji zawodowej, uznania kompetencji oraz racjonalnego wykorzystania kwalifikacji, wykazuje znacznie większą skłonność do kontynuowania służby wojskowej, nawet przy umiarkowanej konkurencyjności finansowej względem sektora cywilnego.*

Po trzecie, skuteczna transformacja wymaga rozwiązań o charakterze systemowym i długoterminowym. Kryzys kadrowy narastał przez lata, dlatego próby jego neutralizacji pojedynczymi interwencjami – jednorazowymi bodźcami finansowymi czy krótkotrwałymi kampaniami rekrutacyjnymi – były, są i będą nieadekwatne i skazane na niepowodzenie. Konieczne jest wdrożenie spójnej strategii, która łączy zmiany strukturalne, personalne, edukacyjne oraz kulturowo-organizacyjne, przy czym wszystkie interwencje powinny mieć charakter adaptacyjny i podlegać systematycznej ewaluacji.

Uwarunkowania funkcjonowania sił zbrojnych oraz dynamika rynku pracy będą się zmieniać, dlatego resort obrony powinien wdrożyć stały monitoring kluczowych wskaźników – rotacji kadr, poziomu satysfakcji zawodowej, stopnia pokrycia potrzeb kadrowych oraz efektywności procesów rekrutacyjnych – i reagować proaktywnie na identyfikowane trendy. Utrzymanie kompetentnej i zaangażowanej kadry medycznej to proces ciągły, wymagający stałej uwagi oraz elastycznych korekt kierunku działań, które adekwatnie odpowiadają na zmiany społeczne, kulturowe i polityczno-gospodarcze.

Po czwarte, konieczna jest systematyczna adaptacja najlepszych praktyk sojuszniczych z uwzględnieniem specyfiki polskiego systemu obronnego. Doświadczenia państw NATO dostarczają cennych wskazówek: stosowania wieloaspektowego podejścia integrującego komponenty finansowe, organizacyjne, edukacyjne i promocyjne, wzmocnienia autonomii strukturalnej korpusu medycznego, rozwijania współpracy z sektorem cywilnym oraz strategicznego docenienia roli personelu pomocniczego jako fundamentu systemu opieki medycznej. Należy jednak pamiętać, że każda armia ma własną kulturę organizacyjną oraz wynikające z niej szanse i ograniczenia.

W obszarach, gdzie personel medyczny sygnalizuje konkretne deficyty systemowe – organizacja rezerwy medycznej, dostęp do praktyki klinicznej, nadmierne obciążenie administracyjne – postulaty środowiska powinny determinować priorytety reformy. Analiza doświadczeń państw sojuszniczych w rozwiązywaniu analogicznych problemów powinna stanowić główny wektor poszukiwania optymalnych modeli transformacji, zapewniając równowagę między innowacyjnością a sprawdzoną skutecznością.

Po piąte wreszcie, transformacja WSZdr wymaga wdrożenia strategii komunikacyjnej ukierunkowanej na odbudowę zaufania instytucjonalnego personelu medycznego do struktur armii. Duży odsetek

lekarzy deklaruje dziś poczucie braku sensu służby i gotowość do rezygnacji z jej pełnienia przy pierwszej sposobności, co świadczy o porażce wojska zarówno jako pracodawcy, ale także jako instytucji umożliwiającej realizację powołania medycznego.

*Dlatego rekonstrukcja wizerunku armii wymaga podejścia dwutorowego: po pierwsze, wdrożenia konkretnych działań poprawiających warunki pracy, po drugie, ustanowienia trwałego dialogu partycypacyjnego, który włączy personel medyczny w procesy decyzyjne dotyczące kierunków zmian systemowych. Lekarze wojskowi powinni pełnić rolę kluczowych partnerów w planowaniu i realizacji transformacji wojskowej służby zdrowia, a ich ekspertyza merytoryczna powinna w sposób wymierny współkształtować kierunki zmian organizacyjnych.*

Warunkiem koniecznym zmiany postaw kadry medycznej jest stworzenie środowiska, w którym dotychczasowi krytycy systemu staną się ambasadorami reform. Tylko poprzez przekształcenie sceptycyzmu w aktywne wsparcie możliwe będzie zbudowanie pozytywnego wizerunku służby wojskowo-medycznej wśród młodego pokolenia lekarzy, którzy dostrzegą w niej realną ścieżkę realizacji ambicji zawodowych.

*Transformacja percepcji wymaga przejścia od deklaracji do konkretnych rozwiązań strukturalnych. System musi oferować jasno zdefiniowane ścieżki awansu, transparentne kryteria oceny oraz przewidywalne etapy rozwoju zawodowego. Bez tych fundamentalnych elementów wszelkie próby przyciągnięcia talentów medycznych pozostaną nieskuteczne.*

## 5.2. Propozycja ścieżki kariery lekarza wojskowego

W odpowiedzi na zidentyfikowane deficyty systemowe opracowano kompleksowy model kariery obejmujący 25-letni cykl służby oficera-lekarza. Struktura zakłada optymalną alokację czasu: pierwsze 6-9 lat dedykowanych zdobyciu specjalizacji medycznej, pozostały okres przeznaczony na doskonalenie kompetencji wojskowych oraz rozwój umiejętności dowódczych.

Model integruje wymogi emerytalne – minimalne 25 lat służby – z koniecznością zachowania równowagi między rozwojem klinicznym a przygotowaniem wojskowym, zapewniając personelowi przewidywalność rozwoju przy jednoczesnym spełnieniu wymogów gotowości operacyjnej systemu zabezpieczenia medycznego wojsk.

### **Etap I: Wejście do służby i szkolenie wstępne (lata 1-2)**

Absolwent kierunku wojskowo-lekarskiego lub lekarz cywilny wstępujący do służby rozpoczyna karierę od mianowania na stopień podporucznika przystępuje do obowiązkowego rocznego stażu podyplomowego, warunkującego uzyskanie pełnego prawa wykonywania zawodu. W przypadku personelu wojskowego staż powinien być obowiązkowo realizowany w wiodących szpitalach wojskowych, pod nadzorem mentorów posiadających doświadczenie w medycynie wojskowej.

*Bezpośrednio po ukończeniu stażu podyplomowego lekarz rozpoczyna służbę w jednostce wojskowej pod nadzorem starszego lekarza – oficera-mentora – etap kluczowy dla ukształtowania tożsamości oficera-lekarza i internalizacji specyfiki służby wojskowo-medycznej.*

W tym czasie nastąpi praktyczna weryfikacja i rozwinięcie kompetencji wojskowych nabytych teoretycznie podczas studiów, budowanie relacji w środowisku wojskowym oraz zrozumienie specyfiki zabezpieczenia medycznego wojsk operacyjnych.<sup>1</sup>

Konieczność wprowadzenia strukturyzowanego mentoringu w początkowej fazie służby wynika ze specyfiki medycyny wojskowej, funkcjonującej na styku dwóch domen – klinicznej i operacyjnej. Połączenie tych obszarów wymaga transferu wiedzy niemożliwej do samodzielnego przyswojenia, obejmującej procedury niewystępujące w regulaminach, mechanizmy decyzyjne w sytuacjach kryzysowych oraz zarządzanie zasobami w warunkach ograniczeń logistycznych typowych dla jednostek wojskowych. Młody lekarz pozbawiony wsparcia mentora doświadcza potrójnego deficytu kompetencyjnego. W wymiarze operacyjnym brakuje mu znajomości rzeczywistych mechanizmów funkcjonowania struktur wojskowych, w sferze decyzyjnej nie ma możliwości weryfikacji poprawności działań medyczno-taktycznych, a w obszarze adaptacyjnym mierzy się z dylematami etycznymi charakterystycznymi dla służby – takimi jak priorytetyzacja leczenia w warunkach strat masowych.

Doświadczony mentor przekazuje kompetencje krytyczne, niedostępne w systemie edukacji formalnej: umiejętność szybkiej oceny zdolności operacyjnej żołnierza, skuteczną komunikację z kadrą dowódczą, budowanie autorytetu w środowisku wojskowym oraz zarządzanie priorytetami medycznymi w kontekście zadań operacyjnych. Transfer wskazanej wyżej, tzw. wiedzy ukrytej, stanowi warunek przekształcenia absolwenta studiów medycznych w kompetentnego oficera-lekarza.

*Systemowe konsekwencje braku efektywnego mentoringu – np. młody lekarz na samodzielnym etapie w jednostce – odpowiadają za marnotrawstwo wieloletnich inwestycji szkoleniowych, zwiększoną rotację kadry niezdolnej do adaptacji, utrwalanie błędów organizacyjnych oraz postępującą erozję kultury instytucjonalnej wojskowej służby zdrowia.*

Bez skutecznego mechanizmu przekazywania doświadczeń między pokoleniami każde nowe grono oficerów medycznych zmuszone będzie ponownie odkrywać rozwiązania już wypracowane, co prowadzi do systemowej nieefektywności i obniżenia jakości zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych.

Na wczesnym etapie ścieżki zawodowej lekarza wojskowego istotne znaczenie dla zabezpieczenia potrzeb operacyjnych sił zbrojnych mają następujące elementy szkoleniowe:

- **Kompetencje operacyjne:**

---

<sup>1</sup> Wdrożenie programu „Junior Officer Development Pathway” pozwoli sformalizować mentoring, przydzielając każdemu lekarzowi rozpoczynającemu służbę oficera-mentora.

- Kurs medycyny wojskowej w warunkach działań nieregularnych – przygotowanie do funkcjonowania w asymetrycznych środowiskach operacyjnych (1 tydzień),
  - Kurs Combat Medic/Corpsman – przygotowanie do działania w zespole medycznym na poziomie pola walki; obejmuje taktyczne procedury ratownicze zgodne ze standardem TCCC oraz zarządzanie łańcuchem ewakuacji medycznej w warunkach pola walki (4-6 tygodni),
  - Szkolenie z Damage Control Resuscitation (DCR) – protokół zarządzania masywnym urazem obejmujący agresywną kontrolę krwotoku, utrzymanie minimalnej perfuzji narządowej oraz zapobieganie śmiertelnej triadzie wstrząsu – koagulopatii, hipotermii i kwasicy – w warunkach ograniczonych zasobów medycyny taktycznej (2 tygodnie),
  - Program planowania zabezpieczenia medycznego wojsk – projektowanie systemów wsparcia dla jednostek wojskowych (1 tydzień).
- **Przygotowanie do misji zagranicznych:**
    - Kurs SERE B (Survival, Evasion, Resistance, Escape) – podstawowy element gotowości do służby w środowisku wysokiego ryzyka (1 tydzień),
    - Certyfikacja w zakresie szczepień ochronnych – zabezpieczenie epidemiologiczne kontyngentów (1 tydzień).

Po zakończeniu fazy integracji, podczas której lekarz poznaje całokształt wymogów służby wojskowej, następuje kluczowy etap podjęcia decyzji o specjalizacji połączonej z intencją długoterminowej służby w strukturach sił zbrojnych. System rozwoju zawodowego musi oferować konkretne mechanizmy przekładające nabywane kompetencje na wymierne korzyści kariery.

Każda certyfikacja wojskowa – obligatoryjna czy fakultatywna – powinna stanowić wymierny kapitał w procesie rozwoju zawodowego. Uzyskane kwalifikacje powinny generować punkty preferencyjne podczas rekrutacji na specjalizację, determinować dostęp do preferowanych miejsc szkoleniowych, a także znajdować bezpośrednie odzwierciedlenie w systemie wynagrodzeń poprzez dedykowane dodatki specjalistyczne.

*Przedstawiony model od początku kariery lekarza wojskowego tworzy mechanizm synergii kompetencyjnej, w którym rozwój umiejętności wojskowych nie stanowi alternatywy dla ścieżki klinicznej, lecz poprzez komplementarne oddziaływanie wzmacnia i przyspiesza progresję zawodową. Pozytywne sprzężenie zwrotne między inwestycją w kompetencje taktyczne/operacyjne a awansem klinicznym eliminuje dylemat wyboru między rozwojem wojskowym a medycznym, tworząc zintegrowaną ścieżkę kariery łączącą oba wymiary służby wojskowo-medycznej.*

## **Etap II: Szkolenie specjalizacyjne (lata 3-9)**

Decyzja o wyborze specjalizacji determinuje w znacznej mierze całą dalszą ścieżkę rozwoju zawodowego lekarza. Mechanizm alokacji na poszczególne kierunki specjalizacji lekarskiej równoważy dwa elementy: strategiczne potrzeby systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych oraz

indywidualne predyspozycje i zainteresowania lekarza. Synchronizacja wymogów systemowych z aspiracjami zawodowymi personelu medycznego stanowi w tych warunkach kluczowy czynnik budowania lojalności organizacyjnej i długoterminowej retencji kadry specjalistów.

Po pomyślnym zakwalifikowaniu na szkolenie specjalizacyjne minister obrony narodowej kieruje lekarza do realizacji programu w wyznaczonym szpitalu wojskowym na okres trwania specjalizacji. Program specjalizacji obejmuje progresywną realizację modułów szkoleniowych – od staży podstawowych przez kierunkowe, weryfikowane egzaminami cząstkowymi, aż po egzamin państwowy potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty.

W okresie szkolenia lekarze funkcjonują w formule „etatu rotacyjnego”, czy też „etatu stanu zmiennego”, zachowując przydziały mobilizacyjne w jednostkach wojskowych, z którymi okresowo – przykładowo co sześć miesięcy przez dwa tygodnie – uczestniczą w ćwiczeniach, stanowiąc wsparcie medyczne oraz doskonaląc swoje kompetencje w zakresie zabezpieczenia medycznego działań wojskowych. Alternatywną formą dodatkowej aktywności wojskowo-medycznej są szkolenia i certyfikacje uprawniające do działania w ramach wyspecjalizowanych zespołów medycznych reagowania kryzysowego (ZMRK): Special Operations Surgical Team – SOST, Lightweight Mobile Surgical Capability – LMSC, Medical Investigation and Training Unit – MITU, oraz w strukturach szpitali polowych.

Po trzecim roku specjalizacji lekarz wojskowy powinien przejść cykl zaawansowanych szkoleń kliniczno-operacyjnych, ukierunkowanych na przygotowanie do pełnienia funkcji w szpitalu polowym poziomu 2 i 3 oraz w ZMRK. Cykl ma na celu ugruntowanie zdolności do prowadzenia działań medycznych w warunkach deficytu czasu, zasobów i personelu – czyli w realiach współczesnego pola walki.

Program kształcenia powinien opierać się na sześciu kluczowych modułach:

- Damage Control Surgery (DCS) – zaawansowane szkolenie chirurgiczne koncentrujące się na krótkich, ratujących życie i kończyny interwencjach w warunkach taktycznych, przy ograniczonych zasobach – obejmuje kontrolę krwotoku, torako- i laparotomię „damage-control” oraz przygotowanie do ewakuacji, zgodnie ze standardem NATO i praktyką Forward Surgical Teams (FST).
- Mass Casualty Management (MASCAL) – kurs z organizacji i prowadzenia medycznej odpowiedzi na zdarzenia masowe obejmujący triaż, zarządzanie zasobami ludzkimi i materiałowymi, dowodzenie zespołem medycznym w warunkach dużego napływu rannych oraz współdziałanie z komponentem logistycznym i dowództwem poziomu operacyjnego. Zakończeniem kursu powinny być ćwiczenia w polu z pełnym rozwinięciem modułu szpitala polowego.
- CBRN Medical Response – szkolenie z rozpoznania, dekontaminacji i leczenia ofiar skażeń chemicznych, biologicznych, radiologicznych lub nuklearnych. Program obejmuje zarówno procedury kliniczne, jak i organizację punktów medycznych CBRN oraz współdziałanie z jednostkami obrony przed bronią masowego rażenia.

- Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma (ASSET) – międzynarodowy kurs pod auspicjami Amerykańskiego Kolegium Chirurgów (ACS) – rozwija umiejętności odstawiania struktur naczyniowych i anatomicznych w urazach wielonarządowych, przygotowuje do pracy w zespołach chirurgicznych poziomu 2 np. LMSC.
- Advanced Trauma Life Support (ATLS) – uniwersalny kurs obejmujący algorytmy postępowania z pacjentem urazowym od przyjęcia po przekazanie do zespołu zabiegowego. ATLS stanowi wspólny język i standard postępowania dla wszystkich lekarzy NATO, niezależnie od narodowości i specjalności.
- Prolonged Casualty Care (PCC) – szkolenie z prowadzenia opieki nad poszkodowanym przez 48-72 godzin w warunkach braku ewakuacji, obejmujące zaawansowane monitorowanie, terapię płynową, antybiotykoterapię, leczenie bólu, kontrolę zakażeń oraz improwizację sprzętową. Doświadczenia wojny na Ukrainie potwierdzają, że biegłość w PCC decyduje o skuteczności systemu ratownictwa wojskowego.

Zintegrowanie szkoleń DCS, MASCAL, CBRN, ASSET, ATLS i PCC w jeden program certyfikacyjny stanowiłoby podstawę stworzenia narodowego standardu szkolenia lekarzy wojskowych – *Field-Ready Military Physician Program (FRMP)*. FRMP zapewniłoby kompleksowe przygotowanie każdego oficera-lekacza do pełnego spektrum zadań, od ratownictwa taktycznego po zarządzanie medyczne na szczeblu dowódczym. Implementacja proponowanego systemu certyfikacji gwarantowałaby pełną zgodność z doktryną medyczną NATO, szczególnie ze standardami AMedP-8.12 dotyczącymi szkolenia personelu medycznego oraz AMedP-8.15 regulującymi procedury ewakuacji medycznej, jednocześnie znacząco podnosząc gotowość operacyjną wojskowej służby zdrowia do wymogów współczesnego pola walki.

Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego każdy lekarz wojskowy powinien otrzymać *indywidualny plan ścieżki kariery* określający kolejne etapy doskonalenia zawodowego, wymagane kursy kwalifikacyjne oraz perspektywę awansów stanowiskowych. Transparentna wizja ścieżki zawodowej, przedstawiona przed objęciem kolejnego stanowiska służbowego, stanowi kluczowy instrument retencyjny zwiększający motywację do długoterminowej kontynuacji służby wojskowej.

*Proponowany model ścieżki kariery zakłada co do zasady powrót oficera do jednostki wojskowej po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadza jednak mechanizm retencji najlepszych absolwentów w strukturach szpitalnych. Identyfikacja kandydatów kwalifikujących się do pozostania w szpitalach jest realizowana poprzez transparentną procedurę opartą na dwóch obiektywnych kryteriach kwalifikacyjnych, eliminujących arbitralność decyzji kadrowych.*

Pierwszym są wyniki egzaminu specjalizacyjnego, stanowiące obiektywną miarę nabytych kompetencji klinicznych. Drugim kryterium jest udokumentowane zaangażowanie w realizację zadań o istotnym znaczeniu taktycznym i operacyjnym z punktu widzenia potrzeb bezpieczeństwa medycznego państwa, w tym udział w misjach, operacjach kryzysowych czy projektach rozwoju zdolności obronnych np. ZMRK.

Absolwenci spełniający oba kryteria – stanowiący górny decyl lub maksymalnie trzy decyle kohort specjalizacyjnych, w zależności od aktualnych potrzeb kadrowych systemu – otrzymują propozycję kontynuacji służby na zasadach preferencyjnego wyboru, tj. w wybranej przez siebie jednostce wojskowej lub na etacie szpitalnym. Mechanizm zapewnia systematyczne wzmocnienie potencjału klinicznego placówek wojskowych poprzez zatrzymanie najbardziej utalentowanych specjalistów, jednocześnie gwarantując doływ wykwalifikowanej kadry do jednostek liniowych.

Komplementarnym elementem systemu selekcji merytorycznej jest reforma struktury wynagrodzeń. Zdobyte na tym etapie ścieżki kariery kwalifikacje i osiągnięcia zawodowe powinny określać strukturę wynagrodzenia poprzez system dodatków specjalistycznych. Proponowany model zakłada bezpośrednie powiązanie poziomu uposażenia z portfelem certyfikacji istotnych dla potrzeb operacyjnych sił zbrojnych.

*Mechanizm finansowego premiowania rozwoju kompetencji – szczególnie w dziedzinach deficytowych dla sił zbrojnych – stanowi niezbędny element wyrównywania dysproporcji płacowych względem rynku cywilnego. Transparentny system gratyfikacji za nabywanie kwalifikacji priorytetowych dla wojska utworzy pozytywne sprzężenie zwrotne między aspiracjami rozwojowymi kadry a potrzebami systemu zabezpieczenia medycznego armii.*

Na tym szczególnie newralgicznym etapie kariery – momencie zakończenia specjalizacji – warto wdrożyć sprawdzone w armii USA mechanizmy motywacyjne. Proponuje się jednorazowy bonus finansowy w wysokości 50-70 tysięcy zł, wypłacany po uzyskaniu tytułu specjalisty i powiązany z kontraktem obligującym do co najmniej 6-letniej służby wojskowej (dwie kadencje). W przypadku wcześniejszego zakończenia służby zastosowanie znajdzie klauzula zwrotu proporcjonalnej części wypłaconego świadczenia.

Uzyskanie specjalizacji medycznej otwiera przed oficerem-lekarzem szerokie spektrum możliwości rozwoju zawodowego. Specjalizacja stanowi fundament przyspieszenia ścieżki awansowej, zapewnia dostęp do zaawansowanych programów szkoleniowych NATO oraz umożliwia udział w międzynarodowych misjach medycznych. Wykwalifikowani specjaliści obejmują funkcje kierownicze w zespołach klinicznych, nadzorują proces kształcenia młodszej kadry oraz uczestniczą w formułowaniu doktryn zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych.

Na tym etapie rozwoju rekomenduje się również uczestnictwo w kursach zagranicznych takich jak: NATO Special Operations Medical Leaders Course (SOMLC) – szkolenie organizowane przez NATO Special Operations Forces Command (SOFCOM) w Mons, kształtujące kompetencje przywódcze i strategiczne, niezbędne dla lekarzy pełniących funkcje kierownicze w strukturach polowych i sztabach medycznych; Management of Battlefield Injuries – EMBI – lub Pre-deployment Emergency Care Course – PECC – w Centre of Excellence for Military Medicine – MILMED COE – pozwalających poznać specyfikę urazów pola walki i procedur ewakuacji, a także kurs Medical Intelligence Course – MEDINTEL – w NATO School Oberammergau – NSO – umożliwiający orientację w medycznej funkcji sztabowej i wywiadu medycznego. Oczekiwany rezultat ww. aktywności jest przygotowanie lekarza wojskowego dysponującego podstawową wiedzą medyczno-operacyjną, gotowego do pracy

w strukturach medycznych w warunkach wielonarodowych oraz zdolnego do efektywnej współpracy w ramach Sojuszu NATO.

Nabyte w procesie szkoleniowym kompetencje do działania w środowisku sojuszniczym otwierają dostęp do kluczowego zasobu rozwojowego – współpraca w ramach struktur NATO generuje systematyczny transfer wiedzy dotyczącej najnowszych metod diagnostyczno-terapeutycznych oraz procedur organizacji medycyny taktycznej.

*Kompetencje zdobyte podczas szkoleń międzynarodowych i programów wymiany charakteryzują się uniwersalnością zastosowania – znajdują wykorzystanie zarówno w strukturach wojskowych, jak i cywilnym systemie ochrony zdrowia. Synergia między doświadczeniem operacyjnym a praktyką kliniczną zwiększa wartość merytoryczną lekarzy wojskowych na rynku pracy, jednocześnie wzmacniając interoperacyjność polskich kontyngentów w operacjach sojuszniczych oraz podnosząc poziom gotowości operacyjnej systemu zabezpieczenia medycznego.*

Pozostałe korzyści będące udziałem proponowanych rozwiązań:

- Lekarz zrealizuje program specjalizacji w terminie, bez konieczności przedłużania przewidzianego prawem okresu szkolenia,
- Skrócenie czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego stanowi kluczowy postulat kadry medycznej nastawionej na szybki rozwój kompetencji zawodowych. Realizacja tego założenia determinuje skuteczność pozyskiwania i retencji ambitnych lekarzy, których zaangażowanie warunkuje powodzenie reformy kadrowej wojskowej służby zdrowia. Konkurencyjność czasowa ścieżki specjalizacyjnej względem sektora cywilnego staje się zatem nie tylko postulatem organizacyjnym, ale strategicznym imperatywem budowania potencjału medycznego sił zbrojnych,
- Resort Obrony Narodowej w możliwie najkrótszym terminie, tj. po 4-6 latach prowadzonego zgodnie z programem specjalizacji postępowania, uzyska specjalistę w dziedzinie medycyny,
- Proponowany tryb i sposób realizacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy – prowadzony pod bezpośrednim nadzorem oraz na bazie akredytowanych szpitali wojskowych, gwarantuje nieporównanie wyższą jakość i efektywność procesu kształcenia,
- Zniesienie rażących, demotywujących do rzetelnej, zgodnej z interesem sił zbrojnych służby, różnic w sposobie wynagradzania lekarzy odbywających specjalizację w trybie: „z jednostki wojskowej” vs. „ze szpitala”,
- Środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów szkolenia w ramach umowy cywilnoprawnej będzie można przeznaczyć na dodatki dla lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach priorytetowych z punktu widzenia potrzeb SZ.

Każde inne podejście wypacza wizerunek wojska, odbiór jego zaangażowania w szkolenie i kształcenie lekarzy, ogranicza dostępność do specjalistycznej kadry medycznej oraz zaniża efektywność kosztową procesów doskonalenia zawodowego w siłach zbrojnych.

### **Etap III: Samodzielna praktyka i rozwój kompetencji (lata 10-16)**

W tym okresie lekarz wojskowy funkcjonuje jako w pełni ukształtowany specjalista, obejmując stanowiska kierownicze w systemie zabezpieczenia medycznego. Typowa ścieżka awansu obejmuje funkcję ordynatora lub asystenta – zastępcy ordynatora oddziału szpitalnego bądź stanowisko starszego lekarza w jednostce wojskowej.

Kluczowym wyzwaniem staje się utrzymanie i rozwój kompetencji w podstawowej specjalizacji przy jednoczesnym poszerzaniu zakresu wiedzy i umiejętności o dziedziny pokrewne. Lekarze wojskowi będą musieli łączyć praktykę operacyjną z ciągłym doskonaleniem klinicznym – brak realnych możliwości dalszego rozwoju zawodowego stanowi jedną z głównych przyczyn odejść z wojska. System specjalizacji oraz konieczność pozasłużbowego utrzymywania praktyki klinicznej poza systemem wojskowym wymagają pilnej reformy. Model organizacji służby zdrowia powinien zostać oparty na rozwiązaniu hybrydowym, łączącym regularną praktykę szpitalną z realizacją zadań wojskowych oraz szkoleniem w zakresie medycyny pola walki.

W proponowanym ujęciu lekarz spędza w horyzoncie czasu służby około 40-60% wymiaru etatu na systematycznej praktyce klinicznej w dziedzinie podstawowej specjalizacji, podczas gdy pozostała część czasu jest przeznaczona na zadania w jednostce wojskowej, przede wszystkim na zabezpieczenie medyczne szkoleń i ćwiczeń, prowadzenie zajęć dla podległego personelu oraz udział w kursach i certyfikacjach z zakresu medycyny wojskowej.

Dla kilku jednostek tego samego garnizonu powinien zostać powołany regionalny koordynator lekarzy wojskowych, odpowiedzialny za zbiorczy grafik pracy szpitalno-jednostkowej oraz elastyczne planowanie udziału w ćwiczeniach wojskowych, programach profilaktycznych i projektach rozwojowych. Tego rodzaju koordynowany model hybrydowy, z powodzeniem stosowany w armiach sojuszniczych, wzmacnia retencję kadr, pozwala w pełni wykorzystać potencjał specjalistów oraz podnosi jakość zabezpieczenia medycznego żołnierzy w danym rejonie odpowiedzialności.

Okres ten charakteryzuje się również doskonaleniem zawodowym poprzez podejmowanie szkoleń w dziedzinie różnych, istotnych z punktu widzenia potrzeb sił zbrojnych, podspecjalizacji medycznych – interniści rozwijają kompetencje np. w kardiologii, pulmonologii czy nefrologii, podczas gdy chirurdzy ogólni specjalizują się w chirurgii klatki piersiowej, naczyniowej, plastycznej lub onkologicznej. System powinien aktywnie wspierać te aspiracje poprzez zapewnienie dedykowanych miejsc szkoleniowych oraz zwolnień służbowych na czas kształcenia. Równoległe następuje rozwój kompetencji dowódczych – oficerowie kończą kursy przygotowania sztabowego oraz studia podyplomowe z zakresu zabezpieczenia medycznego operacji wojskowych.

Dwunasty rok służby, zbiegający się najczęściej z awansem na stopień majora, stanowi punkt kulminacyjny aktywności zawodowej oficera medycznego. Okres ten charakteryzuje się wzrostem liczby obowiązków klinicznych, dydaktycznych oraz rotacyjnym uczestnictwem w misjach zagranicznych. Oficerowie realizują także zadania w ramach wyspecjalizowanych ZMRK, do których przygotowanie uzyskali na poprzednim etapie rozwoju zawodowego – SOST, LMSC, MITU, oraz w strukturach szpitali polowych 2 i 3 poziomu.

Reforma systemu powinna dodatkowo wprowadzić mechanizm przyspieszonej ścieżki kariery dla najlepszych oficerów, umożliwiającą awans na stopień majora po 9-10 latach służby zamiast obecnych 12 lat, oraz równoległą ścieżkę ekspercko-specjalistyczną wzorowaną na rozwiązaniach stosowanych z powodzeniem w armiach Stanów Zjednoczonych i Danii, pozwalającą na progresję w hierarchii wojskowej bez konieczności obejmowania stanowisk dowódczych.

Kumulacja odpowiedzialności klinicznych, obowiązków dydaktycznych oraz rotacyjnego uczestnictwa w misjach zagranicznych tworzy środowisko chronicznego stresu zawodowego, które bez odpowiednich mechanizmów kompensacyjnych prowadzi do przedwczesnej utraty najbardziej doświadczonych specjalistów, wartościowych jednostek. Zjawisko to, obserwowane we wszystkich armiach państw sojuszniczych, wymaga wdrożenia kompleksowej strategii prewencyjnej wykraczającej poza standardowe instrumenty zarządzania zasobami ludzkimi.

*Program staży zagranicznych w ośrodkach partnerskich NATO stanowi instrument budowania motywacji kadry oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu poprzez czasowe wyłączenie oficera z rutyny operacyjnej przy jednoczesnym zachowaniu warunków do profesjonalnego rozwoju. Mechanizm ten skutecznie wzmacnia zaangażowanie oficerów, oferując im perspektywę międzynarodowego doświadczenia jako formę uznania kompetencji i nagrody za dotychczasową służbę.*

Model optymalny, wypracowany na podstawie doświadczeń systemów amerykańskiego i brytyjskiego, zakłada 6-12 miesięczne pobyty szkoleniowe realizowane w centrach doskonałości medycznej państw sojuszniczych. Mechanizm ten działa na trzech poziomach: regeneracji psychofizycznej poprzez zmianę środowiska zawodowego, stymulacji intelektualnej przez ekspozycję na innowacyjne techniki medyczne oraz budowania sieci kontaktów międzynarodowych wzmacniających poczucie przynależności do szerszej wspólnoty profesjonalnej. Szczególną wartość przedstawiają staże w ośrodkach specjalizujących się w medycynie wojskowej – Walter Reed National Military Medical Center, Royal Centre for Defence Medicine czy Bundeswehrkrankenhaus Berlin – gdzie oficerowie mogą obserwować i przyswajać najnowsze standardy postępowania w obrażeniach pola walki, zarządzania masowymi zdarzeniami medycznymi oraz organizacji ewakuacji medycznej w warunkach wysokiego ryzyka.

Rekomendowane są także kursy Joint Medical Planners Course – JMPC – realizowany w NSO, umożliwiający opanowanie planowania medycznego w strukturach NATO. NATO Medical Support Experimenter Course – NMSEC – pozwalający zdobyć kompetencje innowacyjne i eksperymentalne w medycynie wojskowej. Oczekiwany rezultatem jest przygotowanie lekarza wojskowego pełniącego funkcję szefa zespołu lub służącego w sztabie medycznym, który potrafi planować, koordynować i oceniać wsparcie medyczne w środowisku sojuszniczym NATO, dysponując jednocześnie doświadczeniem w ćwiczeniach międzynarodowych i zagadnieniach interoperacyjności.

Transfer wiedzy zdobytej podczas staży zagranicznych generuje wielowymiarową wartość dodaną dla krajowego systemu wojskowej służby zdrowia. W wymiarze klinicznym następuje implementacja zaawansowanych protokołów terapeutycznych i technik operacyjnych, które podnoszą standard opieki nad żołnierzami. W aspekcie organizacyjnym oficerowie wprowadzają sprawdzone rozwiązania

systemowe dotyczące zarządzania przepływem pacjentów, optymalizacji łańcucha ewakuacji oraz koordynacji działań medycznych w operacjach wielonarodowych. Równie istotny jest wymiar innowacyjny – eksponowanie na międzynarodowe trendy rozwoju medycyny wojskowej stymuluje lokalną aktywność badawczo-rozwojową, prowadząc do adaptacji i modyfikacji importowanych rozwiązań do specyfiki krajowego systemu obrony.

*Doświadczenia zdobyte w tej fazie kariery kształtują unikatowy profil kompetencyjny przyszłych liderów wojskowej służby zdrowia. Połączenie głębokiej wiedzy klinicznej, doświadczenia operacyjnego z misji zagranicznych oraz międzynarodowej perspektywy wyniesionej ze staży tworzy fundament niezbędny do efektywnego pełnienia funkcji strategicznych w systemie medycznego dowodzenia.*

Oficerowie przechodzący przez ten cykl rozwojowy wykazują wyższą odporność na stres decyzyjny, lepsze zrozumienie złożoności systemów zabezpieczenia medycznego oraz zdolność do myślenia strategicznego wykraczającego poza perspektywę narodową.

Profil ten jest szczególnie istotny w kontekście rosnących wymogów interoperacyjności sojuszniczej, gdzie przyszli dowódcy wojskowej służby zdrowia muszą sprawnie funkcjonować w środowisku międzynarodowym, koordynując działania medyczne w ramach operacji koalicyjnych oraz uczestnicząc w planowaniu strategicznym na poziomie struktur NATO.

#### **Etap IV: Stanowiska kierownicze i specjalistyczne (lata 17-23)**

W tej fazie kariery oficer medyczny zajmuje kluczowe stanowiska decyzyjne w strukturach wojskowej służby zdrowia. Portfolio typowych funkcji obejmuje stanowisko szefa służby zdrowia na szczeblu brygady lub dywizji oraz kierownika kliniki lub oddziału w podmiotach szpitalnych. Awans w hierarchii wojskowej następuje równolegle z rozwojem merytorycznym – oficer otrzymuje nominację na stopień podpułkownika, przy czym wyróżniające osiągnięcia naukowe i dowódcze mogą skutkować przyznaniem stopnia pułkownika.

Charakterystyczną cechą tego okresu jest ewolucja roli zawodowej z wysokospecjalistycznego wykonawcy na lidera formującego przyszłe pokolenia kadry medycznej. Oficer obejmuje funkcję konsultanta wojskowego w swojej dziedzinie specjalizacji, angażuje się w proces dydaktyczny studentów kierunków medycznych o profilu wojskowym oraz sprawuje mentoring nad rozwojem młodszych oficerów medycznych. Komponentem kluczowym dla budowania autorytetu merytorycznego pozostaje systematyczna aktywność naukowo-badawcza, której zwieńczeniem jest uzyskanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego. Proces ten jest wspierany przez zinstytucjonalizowaną współpracę między strukturami naukowymi resortu obrony narodowej a wydziałami medycznymi szkół wyższych, zapewniającą dostęp do infrastruktury badawczej oraz naukowców o odpowiadających potrzebom badawczym kwalifikacjach.

Kompetencje dowódcze oficerów medycznych są systematycznie rozwijane m.in. poprzez ukończenie Podyplomowego Studium Polityki Obronnej (PSPPO) w Akademii Sztuki Wojennej, przygotowującego do pełnienia funkcji w strukturach sztabowych najwyższego szczebla. Na tym etapie kariery oficerowie

regularnie otrzymują przydziały do międzynarodowych struktur NATO lub obejmują stanowiska naczelników lekarzy kontyngentów podczas misji stabilizacyjnych i operacji wojskowych. Doświadczenia te budują niezbędną perspektywę strategiczną oraz kompetencje w zakresie dowodzenia medycznego w środowisku wielonarodowym.

Rekomendowane kursy obejmują również szkolenia w MILMED COE – dla poziomu strategicznego, takie jak Medical Evaluation – MEDEVAL – stanowiący element oceny medycznych zdolności sojuszniczych, kursy szkoleniowe w NSO o charakterze sztabowym i strategicznym, obejmujące programy dla członków sztabów medycznych, a także aktywny udział w formułowaniu doktryn, ćwiczeniach wielonarodowych oraz pracach badawczych i innowacyjnych w medycynie wojskowej realizowanych poprzez MILMED COE oraz Allied Command Transformation – ACT. Oczekiwanym rezultatem jest przygotowanie lekarza-dowódcy medycznego potrafiącego kształtować i dowodzić komponentem medycznym w ramach wojskowych struktur krajowych i sojuszniczych, wpływać na polityki medyczne, zapewniać integrację medycyny z operacjami wojskowymi oraz zarządzać logistyką medyczną i systemem wsparcia.

*Równolegle rozwijana jest zdolność do budowania współpracy strategicznej z cywilnym systemem ochrony zdrowia. Oficerowie na tym szczeblu uczestniczą w projektach integracyjnych między szpitalami wojskowymi a uniwersyteckimi centrami klinicznymi, koordynują programy wymiany kadry specjalistycznej oraz negocjują porozumienia o współdzieleniu zasobów w sytuacjach kryzysowych. Kluczowym zadaniem jest tworzenie mechanizmów podwójnego zastosowania – rozwiązań funkcjonujących efektywnie zarówno w warunkach pokoju, jak i podczas wojny. Opracowują protokoły współdziałania z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz reprezentują resort obrony w międzyresortowych zespołach zarządzania kryzysowego.*

Szczególne znaczenie ma budowanie sieci współpracy akademickiej. Oficerowie-lekarze na tym etapie kariery często łączą służbę wojskową z aktywnością w uniwersytetach medycznych – prowadzą wykłady, kierują projektami badawczymi o znaczeniu obronnym oraz współtworzą programy kształcenia specjalizacyjnego integrujące komponenty cywilne i wojskowe. Proponowana synergia zapewnia przepływ wiedzy między sektorami, wzmacnia pozycję wojskowej służby zdrowia w krajowym systemie kształcenia i nauki oraz tworzy naturalne kanały rekrutacji przyszłej kadry medycznej do struktur wojskowych.

Etap ten stanowi kluczowy moment wyboru przyszłych liderów systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Proces identyfikacji kandydatów do najwyższych stanowisk opiera się na czterech kryteriach:

- Udokumentowanych osiągnięciach merytorycznych w dziedzinie medycyny wojskowej,
- Weryfikowanych zdolnościach dowódczych w warunkach operacyjnych,
- Popartej dokonaniem strategii rozwoju wojskowej służby zdrowia; oraz
- Skuteczności w budowaniu mostów współpracy między sektorem wojskowym a cywilnym.

Spośród oficerów spełniających te kryteria rekrutowani są kandydaci do objęcia kluczowych w siłach zbrojnych stanowisk, włączając etaty wymagające nominacji generalskich. Mechanizm ten zapewnia, że najwyższe stanowiska w hierarchii wojskowo-medycznej obejmują oficerowie łączący doskonałość kliniczną z kompetencjami strategicznymi niezbędnymi do efektywnego zarządzania systemem zabezpieczenia medycznego w perspektywie długoterminowej.

### **Etap V: Doświadczony specjalista przed emeryturą (lata 24-27)**

Końcowy etap kariery oficera medycznego charakteryzuje się kumulacją unikalnej wiedzy eksperckiej wypracowanej przez dekady doświadczeń operacyjnych i klinicznych. W tym okresie oficerowie obejmują najwyższe stanowiska w architekturze wojskowej służby zdrowia: kierują pracą Dowództwa Wojsk Medycznych, zarządzają wojskowymi instytutami badawczymi i szpitalami klinicznymi, pełnią funkcje naczelnych konsultantów w kluczowych dla WSZdr dziedzinach medycyny oraz kształtują przyszłe kadry poprzez działalność akademicką w systemie szkolenia i edukacji wojskowo-medycznej.

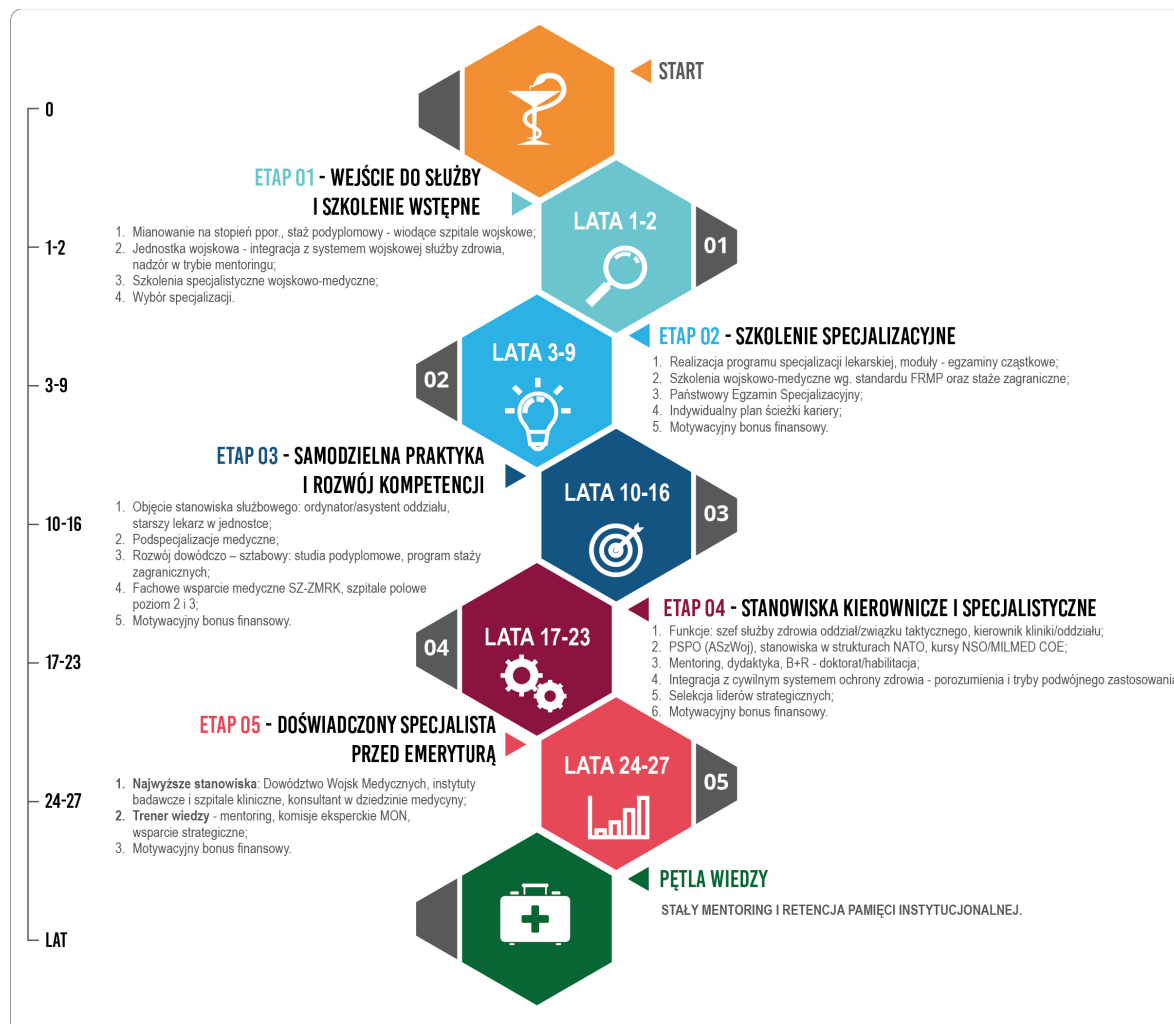
Profil kadry na tym szczeblu charakteryzuje się przewagą oficerów w stopniu pułkownika, przy czym najbardziej wyróżniający się w służbie otrzymują nominacje generalskie, tradycyjnie związane ze stanowiskami dowódców czy dyrektorów głównych instytucji wojskowo-medycznych. Kluczowym zadaniem tej grupy pozostaje systematyczny transfer wiedzy instytucjonalnej realizowany poprzez mentoring młodszej kadry, aktywną pracę w komisjach eksperckich Ministerstwa Obrony Narodowej oraz sprawowanie nadzoru merytorycznego nad strategicznymi kierunkami rozwoju systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych oraz państwa we współpracy z uczestniczącymi w tym procesie resortami i instytucjami.

Po osiągnięciu wymaganego 25-letniego stażu służby oficer nabywa pełne uprawnienia emerytalne, jednak zakończenie czynnej służby nie powinno oznaczać całkowitej utraty jego kompetencji dla systemu obrony. Efektywne wykorzystanie potencjału emerytowanych oficerów-lekarzy wymaga stworzenia odpowiednich ram prawno-organizacyjnych, resortowej i środowiskowej kultury organizacyjnej umożliwiających kontynuację współpracy w zmodyfikowanej formie.

Proponowany model zakłada trzy komplementarne ścieżki zaangażowania: kontrakty cywilne w niepełnym wymiarze czasu pracy w kluczowych placówkach wojskowej służby zdrowia, funkcje konsultanta przy projektach modernizacyjnych i rozwojowych oraz jako doradców strategicznych. Równoległe system rezerwy aktywnej powinien zapewniać mechanizmy szybkiej mobilizacji wysoko wykwalifikowanej kadry w sytuacjach kryzysowych, gwarantując dostęp do krytycznych kompetencji w okresach zwiększonego zapotrzebowania operacyjnego.

Przedstawiony mechanizm retencji wiedzy eksperckiej zapewnia systemowi zachowanie bezcennego kapitału doświadczeń praktycznych i pamięci instytucjonalnej, które stanowią fundament ciągłości organizacyjnej wojskowej służby zdrowia. Transfer wiedzy między generacjami oficerów medycznych warunkuje zdolność systemu do adaptacji do zmieniających się wyzwań bezpieczeństwa przy jednoczesnym zachowaniu sprawdzonych rozwiązań operacyjnych.

W perspektywie długoterminowej omawiany mechanizm warunkuje efektywność całego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, tworząc pomost między doświadczeniem historycznym a wymogami przyszłych konfliktów (ryc. 11).



Rycina 11. Propozycja ścieżki kariery i rozwoju kompetencji lekarza wojskowego w Siłach Zbrojnych RP.

*Dobrze zaprojektowana ścieżka kariery to nie wyłącznie plan awansu – to kontrakt profesjonalny łączący ambicję kliniczną z etosem służby. Dopiero sprzężenie klarownych etapów rozwoju, silnych zachęt i autonomii organizacyjnej przekształci medycynę wojskową w równorzędną, strategiczny komponent obrony, zdolny działać w realiach współczesnej wojny i kryzysów.*

## 6. Wnioski i rekomendacje

Przeprowadzona gruntowna analiza sposobu i trybu funkcjonowania wojskowej służby zdrowia, obejmująca diagnozę deficytów kadrowych, ocenę warunków służby oraz badanie efektywności struktur organizacyjnych, potwierdza konieczność pilnej i głębokiej transformacji systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Zidentyfikowane dysfunkcje strukturalne – niedobory kadrowe sięgające 40-60% stanowisk etatowych, migracja specjalistów do sektora cywilnego, anachroniczne, nieadekwatne do realiów rynkowych mechanizmy wynagradzania oraz brak spójnej strategii rozwoju kapitału ludzkiego – podważają zdolności operacyjne sił zbrojnych w obliczu narastających wyzwań bezpieczeństwa narodowego.

Sformułowany katalog rekomendacji naprawczych opiera się na trzech filarach: sprawdzonych rozwiązaniach funkcjonujących w armiach sojusznicznych, doświadczeniach wyniesionych z wojny na Ukrainie oraz diagnozie oczekiwań polskiego środowiska medycznego udokumentowanej w badaniach empirycznych.

Implementacja proponowanego pakietu reform nie jest opcją do rozważenia, ale strategiczną koniecznością, która warunkuje zdolność państwa do realizacji zobowiązań sojusznicznych oraz zapewnienia skutecznego zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w warunkach konfliktu hybrydowego i wysokiej intensywności, charakterystycznych dla współczesnego środowiska bezpieczeństwa.

### 1. Reforma systemu kształcenia lekarzy na potrzeby wojska

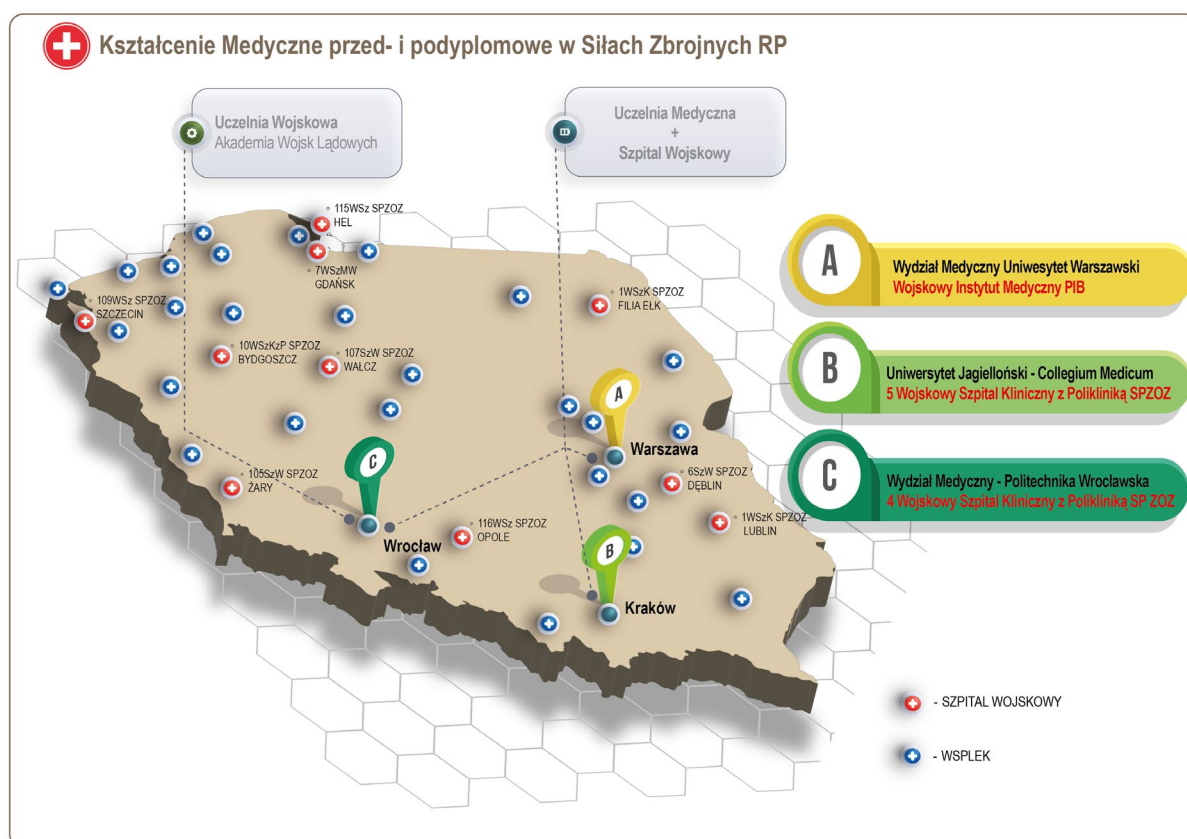
Należy wdrożyć kompleksowy model edukacji medyczno-wojskowej oparty na przedłożonym przez rząd projekcie ustawy o utworzeniu Wojskowej Akademii Medycznej, który zagwarantuje systematyczne kształcenie kadry medycznej dedykowanej siłom zbrojnym. Alternatywnie – jako rozwiązanie przejściowe do czasu osiągnięcia przez nową uczelnię pełnych zdolności operacyjnych lub jako rozwiązanie docelowe charakteryzujące się niższymi kosztami i szybszą implementacją niż nowa WAM – warto rozważyć utworzenie kierunków wojskowo-lekarskich na renomowanych uczelniach cywilnych realizowanych we współpracy z wiodącymi podmiotami szpitalnymi podległymi Ministerstwu Obrony Narodowej.

Model zakłada partnerstwo Uniwersytetu Warszawskiego z Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym, Politechniki Wrocławskiej z 4. Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum z 5. Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką w Krakowie, wykorzystując zarówno rozwiniętą bazę dydaktyczną uczelni, jak i doświadczenie kliniczne wojskowych placówek medycznych.

Proponowana struktura współpracy wykracza poza tradycyjne porozumienia międzyinstytucjonalne, tworząc synergię między potencjałem akademickim a praktyką kliniczną służby zdrowia sił zbrojnych. Uniwersytety wnoszą do tego partnerstwa zaawansowane zaplecze badawcze, kadry naukowe oraz

metodologie dydaktyczne, podczas gdy wojskowe placówki medyczne oferują unikatowe doświadczenia w zakresie medycyny pola walki, traumatologii wielonarządowej oraz zarządzania kryzysowego w warunkach ograniczonych zasobów.

Uzupełnienie procesu szkoleniowego realizowanego na bazie trzech wiodących szpitali wojskowych o działania naukowe, badawcze i organizacyjne, nie tylko podniesie prestiż tych jednostek, ale bezpośrednio poprawi standardy bezpieczeństwa i jakości świadczonych usług medycznych. Co więcej, jednostki te, wzmocnione nowymi warunkami, okolicznościami, będą korzystnie oddziaływać na inne, funkcjonujące w bliskim otoczeniu podmioty lecznicze WSZdr, promując w nich nowoczesne metody leczenia i organizacji opieki medycznej. W efekcie proponowana zmiana organizacji procesów szkolenia i kształcenia wojskowego personelu medycznego przyczyni się do szybkiej i odczuwalnej poprawy jakości opieki w całym systemie podmiotów leczniczych WSZdr. W tym kontekście proces edukacyjno-szkoleniowy jest nie tylko mechanizmem transferu wiedzy, ale również wysoce efektywną platformą wspierającą innowacje i rozwój osobisty (ryc. 12).



Rycina 12. Propozycja schematu kształcenia lekarzy wojskowych uwzględniającego modelowe rozwiązania organizacyjne oparte na doświadczeniach własnych oraz armii sojuszniczych.

„Medycyna jest medycyną” – zachodnie armie od lat kształcą wojskowych lekarzy na najlepszych uczelniach cywilnych, dlatego również w Polsce wojsko powinno rozwijać programy partnerskie z uniwersytetami medycznymi, organizować wspólne szkolenia, staże oraz ćwiczenia z jednostkami cywilnej służby zdrowia. Tego rodzaju podejście pozwoli nie tylko podnieść jakość kształcenia – dzięki dostępowi do nowoczesnej wiedzy i praktyki, ale także stworzyć podstawy do efektywnego

współdziałania w sytuacjach kryzysowych, gdy służba cywilna będzie musiała uzupełniać zdolności wojskowego sektora medycznego.

Program nauczania musi łączyć standardowe curriculum medyczne zgodne z wymogami Ministerstwa Zdrowia ze specjalistycznymi modułami dostosowanymi do realiów współczesnego pola walki. Kluczowe znaczenie ma włączenie do programu kompleksowej wiedzy z zakresu medycyny taktycznej obejmującej protokoły Tactical Combat Casualty Care, procedury zarządzania incydentami masowymi według standardów MASCAL, organizację łańcucha ewakuacji medycznej w warunkach uszkodzonej/zniszczonej infrastruktury oraz specyfikę zabezpieczenia medycznego operacji stabilizacyjnych i humanitarnych.

Kluczowym wymogiem pozostaje pełna zgodność programu kształcenia z doktryną medyczną NATO, szczególnie z wytycznymi *Allied Joint Medical Doctrine* oraz serią publikacji *Allied Medical Publications* definiujących standardy proceduralne. Rekomendowana harmonizacja zapewni interoperacyjność systemów medycznych państw sojuszniczych, umożliwiając sprawną współpracę w ramach wielonarodowych struktur medycznych podczas operacji koalicyjnych. Program nauczania powinien też integrować doświadczenia płynące z aktualnych konfliktów zbrojnych, gdzie szczególną wartość poznawczą przedstawiają lekcje ukraińskie. Realia tej wojny dostarczają bezcennej wiedzy praktycznej w trzech krytycznych obszarach: organizacji punktów stabilizacji w warunkach przewagi ogniowej przeciwnika, prowadzenia przedłużonej polowej opieki medycznej przy ograniczonych możliwościach ewakuacji rannych oraz zarządzania masowym napływem poszkodowanych w warunkach skrajnego deficytu personelu i sprzętu medycznego.

Równoległe do kompetencji czysto medycznych program kształcenia musi budować odporność psychiczną przyszłych oficerów-lekarzy poprzez m.in. trening decyzyjny w warunkach deficytu informacji oraz ćwiczenia przywództwa kryzysowego. Szczególny nacisk należy położyć na kształtowanie zdolności do podejmowania decyzji triażowych w sytuacjach dylematów etycznych, do utrzymywania efektywności klinicznej mimo traumy wtórnej oraz do zachowania profesjonalizmu w obliczu strat masowych. Tylko kompleksowe przygotowanie, integrujące wiedzę medyczną, umiejętności taktyczne i odporność psychiczną, zagwarantuje wykształcenie kadry zdolnej do skutecznego działania zarówno w rutynowej służbie garnizonowej i szpitalnej, jak i w chaosie współczesnego konfliktu wysokiej intensywności.

Reforma systemu kształcenia powinna objąć również szkolenie podyplomowe – realizowane zgodnie z przedstawioną wcześniej koncepcją – progresywnej ścieżki kariery lekarza wojskowego, obejmującej etapy od poziomu taktycznego przez operacyjny do strategicznego, zapewniając ciągłość rozwoju kompetencji przez cały okres służby.

*Praktyczna realizacja tego modelu powinna prowadzić do integracji wojskowego i cywilnego systemu kształcenia medycznego. Szczególnie inspirujący pozostaje amerykański system Military-Civilian Partnership, który skutecznie integruje zasoby szkoleniowe sektora wojskowego i cywilnego, tworząc synergię kompetencji niemożliwą do osiągnięcia w strukturach izolowanych.*

Kompletny system powinien gwarantować dwukierunkowy transfer umiejętności i doświadczeń klinicznych między placówkami wojskowymi a cywilnymi ośrodkami referencyjnymi, umożliwiając lekarzom wojskowym szkolenie praktyczne w wysokospecjalistycznych cywilnych centrach urazowych, zapewniając jednocześnie personelowi cywilnemu dostęp do unikalnej wiedzy z zakresu medycyny taktycznej i zarządzania kryzysowego. Proponowana symbioza kompetencji nie tylko podniesie poziom merytoryczny obu systemów, ale przede wszystkim zbuduje zintegrowaną odporność państwa na zdarzenia kryzysowe, tworząc pulę wykwalifikowanych specjalistów zdolnych do skutecznego działania zarówno w warunkach konfliktu zbrojnego, jak i zdarzeń masowych.

## **2. Budowa konkurencyjnej wobec rynku cywilnego ścieżki rozwoju zawodowego jako instrument retencji kadry lekarskiej na potrzeby Sił Zbrojnych RP**

Konieczne jest zaplanowanie spójnej i przewidywalnej ścieżki rozwoju – od studenta do doświadczonego oficera-lekarza, w taki sposób, aby wojskowa służba zdrowia stała się atrakcyjnym miejscem pracy na długie lata. Oznacza to m.in. gwarancję miejsc specjalizacyjnych oraz możliwości praktyki klinicznej, które pozwolą lekarzom utrzymać i rozwijać swoje umiejętności. Niezbędna jest również poprawa sprawności i transparentności procesu kwalifikacji lekarzy do odbywania specjalizacji w wojskowych podmiotach leczniczych w sposób gwarantujący możliwie najlepsze wykorzystanie dostępnego na rynku kapitału intelektualnego kandydatów, zapewnienie warunków optymalnej zastępowalności pokoleń medyków.

Równoległe niezbędne jest radykalne zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy wojskowych w dziedzinach krytycznych dla zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych – chorobach wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, anestezjologii i intensywnej terapii, medycynie ratunkowej oraz chorobach zakaźnych – przy jednoczesnym zagwarantowaniu absolwentom transparentnej i przewidywalnej ścieżki rozwoju zawodowego od momentu ukończenia studiów po osiągnięciu statusu konsultanta/dowódcy wysokiego szczebla.

Skuteczne utrzymanie lekarzy w siłach zbrojnych wymaga również radykalnej poprawy codziennych warunków służby – w pierwszej kolejności ograniczenia zbędnych obciążeń biurokratycznych i pozamedycznych oraz przekazania czynności niezwiązanych z profilem stanowiska, np. obowiązków magazynowych, do innych korpusów lub pracowników cywilnych, tak aby medycy mogli skoncentrować się na leczeniu i szkoleniu.

Równoległe rekomendowane jest włączenie do harmonogramu służby stałej praktyki klinicznej – staży i dyżurów w wymiarze zapewniającym utrzymanie fachowych kompetencji na wysokim poziomie. Czas służby powinien obejmować także studia i kursy, tak aby rozwój zawodowy następował w ramach etatu, bez konieczności wyboru między nauką a bieżącymi zadaniami. Dowódcy muszą rozumieć, że inwestowanie czasu w szkolenie personelu przynosi większe korzyści niż doraźne „łatanie dziur”, a efekt jest oczywisty: lekarz wojskowy zyskuje poczucie adekwatnego wykorzystania kompetencji oraz warunki rozwoju porównywalne z oferowanymi w sektorze cywilnym, co ogranicza potrzebę

poszukiwania spełnienia zawodowego poza wojskiem. Jednocześnie siły zbrojne zyskują najwyższej klasy specjalistę właściwie przygotowanego do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych żołnierzy.

Przedstawiona symbioza korzyści indywidualnych i instytucjonalnych wyznacza jasny wektor transformacji systemowej wojskowej służby zdrowia. Kierunek reform powinien skupiać się na polepszeniu warunków pracy – czas, obowiązki, szkolenia oraz zapewnieniu perspektyw awansu w ramach korpusu medycznego. Inwestycje w ludzi – ich satysfakcję i rozwój – przełożą się bezpośrednio na zatrzymanie specjalistów w mundurze.

*Realizacja tych celów wymaga przebudowy architektury stanowisk służbowych m.in. utworzenia etatów dostosowanych do poszczególnych etapów kariery – np. w szpitalach dla specjalizujących się, a także wdrożenie mechanizmów motywacyjnych – w tym awansów, możliwości zdobywania tytułów naukowych, udziału w szkoleniach zagranicznych oraz mechanizmów rozwoju kariery dostosowanych do współczesnych realiów rynku medycznego.*

Jeśli wojsko będzie w stanie zaoferować lekarzom warunki rozwoju porównywalne z sektorem cywilnym, a jednocześnie zapewni unikalne doświadczenia wynikające ze specyfiki służby, znacznie wzrośnie szansa, że zwiążą oni swoją przyszłość z armią na dłużej – działając z poczuciem własnej wartości jako zasobu, o który armia dba, którego potrzebuje, i w który przykładowo, w sposób z góry zaplanowany, uporządkowany inwestuje.

### **3. Poprawa warunków finansowych i ścieżek awansu – architektura kariery**

Jako priorytet należy potraktować wdrożenie kompleksowej reformy wynagrodzeń poprawiającej obecną – skrajnie niską, rynkową konkurencyjność finansową służby wojskowej personelu lekarskiego. Niezbędne jest wprowadzenie systemu dodatków specjalnych obejmującego uniwersalny dodatek motywacyjny dla wszystkich lekarzy wojskowych oraz progresywne premie retencyjne wypłacane jednorazowo przy przedłużaniu kontraktu służbowego na kolejne sześcioletnie okresy (dwie kadencje) – zgodnie z propozycjami przedstawionymi w [rozdziale 5.2](#).

Struktura wynagrodzeń obejmująca uposażenie zasadnicze i system dodatków powinna być ściśle skorelowana z rozwojem kompetencji specjalistycznych niezbędnych dla realizacji zadań operacyjnych sił zbrojnych, premiując systematyczne podnoszenie kwalifikacji istotnych z perspektywy gotowości bojowej. Wysokość wynagrodzenia powinna premiować ukończenie specjalizacji medycznych priorytetowych dla wojska, zdobycie dodatkowych kompetencji w zakresie medycyny taktycznej oraz aktywne zaangażowanie w realizację zadań operacyjnych i szkoleniowych warunkujących skuteczność zabezpieczenia medycznego jednostek wojskowych.

Reforma systemu awansów powinna także wprowadzić przyspieszone ścieżki kariery dla oficerów wyróżniających się szczególnymi osiągnięciami merytorycznymi – umożliwiając awans na stopień majora po 9-10 latach służby zamiast obowiązującego obecnie standardu – 12 lat, przy jednoczesnym ustanowieniu równoległej niszowej ścieżki ekspercko-specjalistycznej, pozwalającej na progresję w hierarchii wojskowej bez konieczności obejmowania stanowisk dowódczych.

Należy też uprościć zasady podejmowania dodatkowej działalności naukowej lub ograniczonej praktyki cywilnej – zamiast systemu każdorazowych zgód wprowadzić mechanizm zgłoszeń i limitów, umożliwiający pracę poza strukturami wojska np. dwa dni w tygodniu, o ile nie koliduje to z obowiązkami służbowymi.

#### **4. Wzmocnienie i reorganizacja wojskowej służby zdrowia – reforma ram i instytucji, bez której nowe otwarcie nie zadziała**

Rekomenduje się przeprowadzenie kompleksowej analizy systemowej oraz przygotowanie koncepcji utworzenia autonomicznego komponentu medycznego w Siłach Zbrojnych RP funkcjonującego jako odrębny pion organizacyjny z pełnymi kompetencjami zarządczymi i operacyjnymi.

Proponowane rozwiązanie zakłada transformację obecnych struktur wojskowo-medycznych w Dowództwo Wojsk Medycznych, które uzyskałoby status pełnoprawnego rodzaju wojsk, podporządkowane bezpośrednio Szefowi Sztabu Generalnego Wojska Polskiego, co zagwarantuje odpowiednią rangę organizacyjną i skuteczność decyzyjną w systemie dowodzenia. Utworzona struktura koncentrowałaby wszystkie elementy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych – wojskowe szpitale polowe, stacjonarne podmioty lecznicze, centra szkolenia medycznego oraz właściwe inspekcje – jednocześnie przejmując pełną odpowiedzialność za zarządzanie cyklem kadrowym personelu medycznego obejmującym rekrutację kandydatów, kształcenie przed- i podyplomowe, planowanie indywidualnych ścieżek kariery, system awansów oraz monitorowanie stanu zdrowia i gotowości operacyjnej kadry.

#### **Określenie roli wojskowych i współpracujących z wojskiem cywilnych podmiotów leczniczych jako podstawowego filaru bezpieczeństwa medycznego państwa i sił zbrojnych**

W ramach postulowanej reorganizacji niezbędne jest ustanowienie mechanizmów bliskiej współpracy wojskowej służby zdrowia z cywilnym segmentem rynku zdrowia, tworząc spójną architekturę zabezpieczenia medycznego państwa odporną na zagrożenia związane z czasem kryzysu i wojny. Priorytetem pozostaje zintegrowanie planowania kryzysowego na poziomie strategicznym i operacyjnym, w tym ujednoczenie standardów segregacji medycznej i procedur ewakuacji, zapewniając interoperacyjność lecznictwa wojskowego i cywilnego działających według wspólnych protokołów w warunkach masowego napływu poszkodowanych.

Każdy z oddziałów funkcjonujących w szpitalach wojskowych oraz w podmiotach leczniczych współpracujących z resortem obrony narodowej – *Szpitalach Przyjaznych Wojsku i szpitalach projektu „Tarcza Wschód”* – powinien mieć z góry zdefiniowany – w odniesieniu do poszczególnych dziedzin medycyny – poziom referencyjności udzielanych świadczeń oraz status akredytacyjny jako jednostka szkoleniowa uprawniona do prowadzenia specjalizacji lekarskich. Przyznanie akredytacji powinno uwzględniać potencjał merytoryczny kadry, wyposażenie diagnostyczno-terapeutyczne oraz wolumen wykonywanych procedur, co docelowo określałoby miejsce danego oddziału w hierarchii opieki koordynowanej nad pacjentem-żołnierzem, gwarantowało odpowiednią liczbę miejsc specjalizacyjnych dla korpusu medycznego sił zbrojnych i jednocześnie precyzyjnie szacowało zakres

niezbędnych inwestycji w infrastrukturę szkoleniową oraz rozwój kadry dydaktycznej finansowanych ze środków publicznych.

Organizacja działalności podmiotów leczniczych powinna w pierwszej kolejności zapewniać kompleksowość usług medycznych wynikającą z potrzeb sił zbrojnych oraz wymogów bezpieczeństwa medycznego państwa, jednocześnie wpisywać się w regionalne plany zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, co przełoży się na odpowiednie finansowanie bieżącej działalności placówek ze środków publicznych.

Realizacja zadania wymaga, aby liczba wskazanych jednostek – a w jeszcze większym stopniu ich kompetencje mierzone różnorodnością zakresów, poziomem referencyjnym oraz dostępnością świadczeń – pozwalały możliwie najskuteczniej przeciwdziałać skutkom przewidywalnych zdarzeń kryzysowych. W związku z tym podmioty lecznicze powinny dysponować możliwościami działania adekwatnymi do skali i charakteru spodziewanych strat sanitarnych, a decyzje o zakresie i dostępności świadczeń muszą zostać podjęte na podstawie potrzeb rynkowych czasu pokoju oraz prognoz dotyczących skutków medycznych konfliktu zbrojnego.

Osiągnięcie wymaganego poziomu gotowości operacyjnej przez podmioty lecznicze generuje jednak dodatkowe koszty utrzymania rezerw kadrowych, sprzętowych i infrastrukturalnych, które nie znajdują uzasadnienia w standardowej działalności usługowej szpitali. Niezbędne jest zatem stworzenie mechanizmów rekompensujących placówkom medycznym utrzymywanie zdolności mobilizacyjnych na potrzeby bezpieczeństwa medycznego państwa. System motywacji finansowych dla szpitali zaangażowanych w krajową sieć bezpieczeństwa powinien opierać się na sprawdzonym mechanizmie stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia – przyznawaniu współczynnika korygującego – zwiększającego wartość kontraktu. Dodatkowe środki finansowe kompensowałyby zarówno bezpośrednie, jak i pośrednie koszty realizacji zadań obronnych, tworząc realną zachętę ekonomiczną dla placówek spełniających kryteria kwalifikacyjne.

Proponowany model generuje wielowymiarowe korzyści systemowe. Podmioty lecznicze zyskują nie tylko bezpośrednie wsparcie finansowe, ale także dostęp do dedykowanych programów modernizacyjnych – obejmujących inwestycje infrastrukturalne, zakup specjalistycznego sprzętu medycznego oraz szkolenia personelu w zakresie medycyny kryzysowej i wojskowej. Równocześnie państwo buduje rozproszoną geograficznie oraz skoordynowaną funkcjonalnie sieć placówek medycznych gotowych do natychmiastowej aktywacji w warunkach zagrożenia bezpieczeństwa państwa. Współczynnik korygujący staje się tym samym efektywnym narzędziem integracji celów ekonomicznych podmiotów leczniczych z wymogami bezpieczeństwa państwa, zapewniając trwałość i skuteczność całego systemu.

Podstawą praktycznego stosowania metod współdziałania resortowych i pozaresortowych podmiotów leczniczych powinno być:

- Rozmieszczenie podmiotów na mapie kraju oraz poziom ich referencyjności:
  - Równomierne rozmieszczenie jednostek ochrony zdrowia w terenie na kierunku spodziewanych zagrożeń oraz związanych z nimi strat sanitarnych,
  - Posiadanie fachowych kompetencji mierzone zakresem oraz poziomem referencyjnym udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
  - Dysponowanie zasobami materiałowo-sprzętowymi specyficznymi dla rodzaju, sposobu i zakresu udzielanej pomocy medycznej,
- Dostęp do fachowego personelu medycznego,
- Zaplecze mobilizacyjne oraz logistyka materiałowo-sprzętowa.

Przedstawione kryteria organizacji sieci systemu bezpieczeństwa medycznego państwa ujawniają fundamentalną słabość obecnej architektury – nawet optymalne rozmieszczenie geograficzne i wyposażenie placówek pozostaje bezużyteczne bez stabilnego komponentu kadrowego zdolnego do funkcjonowania w warunkach kryzysu. Skuteczna realizacja wspomnianych zadań wymaga więc priorytetowego wzmocnienia kadrowego wojskowych podmiotów leczniczych. Oznacza to konieczność doprowadzenia do sytuacji, w której docelowo wszystkie 13 szpitali – podmiotów leczniczych funkcjonujących w strukturze organizacyjnej i etatowej dziedzin medycyny odpowiadających potrzebom WSZdr – będą zatrudniać co najmniej 40% personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz ratowników medycznych w ramach zawodowej służby wojskowej. Zapewniona w ten sposób dyspozycyjność i lojalność kluczowej części personelu medycznego, niezbędnej do utrzymania ciągłości działania szpitali, znacząco ograniczy ryzyko czasowego wyłączenia placówek z udzielania świadczeń – również w sytuacjach kryzysowych, takich jak zagrożenie militarne, destabilizacja wewnętrzna czy ataki hybrydowe.

Uczestnictwo resortu obrony narodowej we współfinansowaniu części kosztów osobowych personelu medycznego pozostającego „w służbie” pozwoliłoby także prowadzić bieżącą politykę kadrową w sposób bardziej elastyczny i efektywny, tj. pozwalający sprostać potrzebom związanym z realizacją zadań na rzecz obronności przy jednoczesnym spełnieniu wymagań realnych oraz formalnych – etatowych płatnika (NFZ) – wynikających ze specyfiki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Dzięki takiemu podejściu pojawiające się nagle – w odpowiedzi na potrzeby obronne – ubytki kadrowe wśród personelu medycznego na bieżąco będą mogły być uzupełniane w ramach finansowanej ze środków pochodzących spoza budżetu szpitala „nadwyżki” etatowej medyków przygotowanych pod względem fachowym do realizacji zadań obronnych.

Model hybrydowego finansowania kadr w wojskowych podmiotach leczniczych stanowi jednak tylko pierwszy poziom budowania odporności systemu zabezpieczenia medycznego – pełna gotowość mobilizacyjna wymaga bowiem sięgnięcia po znacznie szersze zasoby kadrowe funkcjonujące poza strukturami resortu. Osiągnięcie pełnej interoperacyjności systemów medycznych wymaga ustanowienia ram prawno-organizacyjnych umożliwiających błyskawiczną mobilizację cywilnych kadr

medycznych, które poprzez system rezerw mogłyby zostać sprawnie zintegrowane ze strukturami wojskowymi w warunkach eskalacji zagrożeń.

Optymalnym rozwiązaniem wydaje się utworzenie dedykowanego komponentu rezerw medycznych w formule Legii Akademickiej Medyków. Struktura ta skupiałaby trzy kategorie personelu: studentów ostatnich lat kierunków medycznych przechodzących regularne szkolenia z medycyny taktycznej, młodych lekarzy odbywających staże podyplomowe z możliwością rotacji w placówkach wojskowych, oraz doświadczonych specjalistów deklarujących gotowość służby w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa. Model ten zapewniłby skalowalne zasoby kadrowe przeszkolone w procedurach wojskowych, gotowe do natychmiastowej aktywacji w ramach systemu mobilizacji kryzysowej.

## **5. Monitoring i ewaluacja reform – mierniki i odpowiedzialność**

Należy powołać zespół monitorujący, który corocznie będzie raportował wskaźniki rekrutacji, retencji, wypełnienia etatów oraz satysfakcji zawodowej personelu medycznego. Na podstawie systematycznie gromadzonych danych możliwe będzie elastyczne korygowanie polityki kadrowej – zwiększanie bonusów w obszarach największych deficytów oraz modyfikowanie programów nieprzynoszących oczekiwanych efektów.

Kluczowym warunkiem sukcesu procesu transformacji pozostaje budowa kultury ciągłego doskonalenia opartej na dowodach empirycznych i dialogu ze środowiskiem medycznym. Każda implementowana reforma musi podlegać systematycznej ewaluacji z wykorzystaniem mierzalnych wskaźników skuteczności oraz regularnej weryfikacji przez niezależne zespoły ekspertów. Sytuacja geopolityczna oraz realia ochrony zdrowia mogą się dynamicznie zmieniać, dlatego system wojskowej służby zdrowia musi pozostać elastyczny. Regularny dialog – np. w formie dorocznych konferencji z udziałem lekarzy z jednostek, analiz wskaźników odejść, poziomu satysfakcji zawodowej czy stopnia obsady etatów – umożliwi szybkie korygowanie kierunku działań.

Utrzymanie kompetentnej i zaangażowanej kadry medycznej w wojsku to proces wymagający ciągłej uwagi, lecz niezbędny, ponieważ od siły i morale personelu medycznego zależy nie tylko kondycja armii, ale także bezpieczeństwo państwa. Dlatego Ministerstwo Obrony Narodowej powinno ustanowić stały mechanizm konsultacji z przedstawicielami kadry medycznej wszystkich szczebli, monitorując w czasie rzeczywistym efekty wprowadzanych zmian oraz identyfikując pilne wyzwania wymagające korekty kursu.

Problemy niedoboru i odpływu lekarzy wojskowych stanowią bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa państwa – bez sprawnej kadry medycznej siły zbrojne nie osiągną pełnej gotowości operacyjnej. Polska stoi przed wyzwaniem szybkiej rozbudowy potencjału obronnego, obejmującego również kompleksową modernizację wojskowej służby zdrowia.

Rozwiązania przedstawione w niniejszym opracowaniu – począwszy od reformy systemu edukacji, poprzez poprawę warunków służby, w tym struktury wynagrodzeń, aż po przekształcenia organizacyjne – tworzą spójną strategię naprawczą wymagającą zdecydowanych działań na szczeblu Ministerstwa Obrony Narodowej oraz ścisłej współpracy międzyresortowej z ministerstwami zdrowia, nauki i finansów.

Systematyczna inwestycja w rozwój kadry medycznej sił zbrojnych przyniesie wymierne korzyści strategiczne w postaci odbudowy odporności systemu zabezpieczenia medycznego armii i państwa na kryzysy militarne i cywilne. Utworzenie nowoczesnej wojskowej służby zdrowia, zdolnej sprostać wyzwaniom współczesnego pola walki wysokiej intensywności przy jednoczesnym zapewnieniu personelowi wojskowemu opieki medycznej na najwyższym poziomie, bezpośrednio wzmocni morale sił zbrojnych oraz odbuduje zaufanie społeczne do systemu obronnego państwa.

Proponowana reforma, o ile ma zakończyć się sukcesem, musi uzyskać status priorytetu strategicznego w polityce obronnej państwa, gdyż stworzenie konkurencyjnych warunków rozwoju zawodowego i służby odpowiadających standardom XXI wieku stanowi kluczowy warunek, standard przyciągnięcia do struktur wojskowych oraz długoterminowej retencji najzdolniejszych specjalistów medycznych – bez których niemożliwe jest utrzymanie oczekiwanego poziomu gotowości operacyjnej sił zbrojnych.

*Podjęcie decyzji dotyczących przeprowadzenia reformy ma znaczenie krytyczne dla bezpieczeństwa państwa, co potwierdzają doświadczenia konfliktu ukraińskiego oraz analiza współczesnych doktryn NATO – tylko kompletny, sprawnie zarządzany i interoperacyjny system zabezpieczenia medycznego gwarantuje przetrwanie zarówno sił zbrojnych, jak i ludności cywilnej w obliczu zagrożeń hybrydowych i konwencjonalnych charakteryzujących współczesne środowisko bezpieczeństwa.*

Przedstawione w niniejszym opracowaniu rekomendacje stanowią punkt wyjścia do pogłębionej debaty strategicznej na najwyższym szczeblu decyzyjnym państwa, a ich implementacja wymaga skoordynowanych działań międzyresortowych, alokacji znaczących zasobów finansowych oraz determinacji politycznej w przełamywaniu inercji systemowej.

Alternatywą dla reform jest postępująca degradacja wojskowej służby zdrowia, której konsekwencje w warunkach eskalacji zagrożeń militarnych będą katastrofalne dla zdolności obronnych Rzeczypospolitej Polskiej oraz jej wiarygodności jako członka Sojuszu Północnoatlantyckiego.



ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa  
dyrekcja@wim.mil.pl  
tel. 261 817 666

PATRONAT HONOROWY



Minister Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

PATRONAT MEDIALNY

Defence 24

**SUPER**  
express