

BUDOWANIE KOMPETENCJI WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA



Krótką historia dyletanctwa i instytucjonalnej astenii. Część I z X.

Komentarza udziela płk lek. wet. Marcin BUSZKO 2024.
Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints.

Budowanie kompetencji wojskowej służby zdrowia. Krótka historia dyletanctwa i instytucjonalnej astenii. Cześć I z X.

„Why look for conspiracy when stupidity can explain so much...”

Johann Wolfgang von Goethe

Kultura prowadzenia wojen, czyli de facto zabijania i okaleczania swoich wrogów jest tak stara jak stara jest cywilizacja ludzka. Czy nam się to podoba czy nie musimy ten fakt akceptować, ale co ważniejsze, musimy się do konsekwencji konfliktów zbrojnych najlepiej jak umiemy przygotować. Na przestrzeni wieków poczyniony został znaczący postęp w technice i metodyce zarówno pozbawiania życia, okaleczania jak i ich przeciwwagi - ratowania.

Na potrzeby szacowania i kategoryzowania ofiar działań zbrojnych przyjmowano wiele wskaźników eufemistycznie określanych mianem strat sanitarnych oraz, wraz z doskonaleniem technologicznych i operacyjnych możliwości eliminacji przeciwnika, opracowywano nowe.

Analiza tych statystyk czy bardziej doprecyzowanych wskaźników strat sanitarnych wskazuje, że na polu walki zawsze dominującą grupą nie są zabici, ale ranni. W trakcie I wojny światowej gdzie zmobilizowano do wojny po obu stronach konfliktu ponad 65 mln żołnierzy zostało zabitych lub zmarło z ran, chorób i z powodu różnych wypadków ok 8,5 mln żołnierzy (13%), rannych zostało ok 21 mln (32%), co pozwala określić wskaźnik zabitych do rannych na 1:3.

Wskaźniki strat sanitarnych w armii amerykańskiej zaangażowanej w działania zbrojne (ze względu na zaangażowanie dużych sił stanowiąca dobrą kohortę badawczą), począwszy od II wojny światowej, Korei, Wietnamu czy I wojnie w Zatoce Perskiej utrzymywał stałą proporcję zabitych do rannych wynoszący 1: 4, zaś w operacjach zbrojnych realizowanych spoza art. 5 wynosił 1:9. Znalazło to swoje odwzorowanie w metodologii planowania strat sanitarnych w ramach operacji z art. 5, która wg. ACE Directive 85-8 (AD85-8) określa wskaźnik zabitych na 17% zaś rannych na 58%. Kolejny zastosowany algorytm planistyczny SABERS (System to Automate the Benchmark Rate Struktury) określa te wskaźnik odpowiednio na 20% i 72%.

Na potrzeby tego opracowania można maksymalnie uprościć grupowanie ofiar działań zbrojnych do dwóch grup - zabitych i rannych. Grupa rannych nie stanowi bowiem statystycznie monolitycznej grupy, gdyż część rannych, jeśli nie zostanie im udzielona właściwa pomoc

medyczna zwiększy liczebność w grupie zabitych, a spośród pozostałych rannych znaczny odsetek zostanie trwale okaleczona (inwalidzi) powiększając rzeszę weteranów poszkodowanych, którzy po zakończeniu działań zbrojnych niekoniecznie są właściwie zaopiekowani. W obrębie tej grupy wojskowi medycy toczą nieustającą, dramatyczną batalię o ratowanie życia, wzroku, kończyn, rehabilitację oraz reintegrację społeczną i umożliwienie poszkodowanym samodzielnej egzystencji.

Od kompetencji, wiedzy, umiejętności, doświadczenia i wyposażenia wojskowych medyków - ratowników, a przede wszystkim ratowników medycznych zależy czy wśród rannych ograniczona zostanie liczba przypadków określanych, jako przypadki zgonów możliwych do uniknięcia.

Jeśli porównamy statystyki wskaźników przeżywalności poszkodowanych (dane amerykańskie) od roku 1941 do 2005 (II wojna światowa, Wietnam, Korea, I i II wojna w Zatoce Perskiej) wskaźnik zgonów w grupie rannych sukcesywnie malał odpowiednio od ok. 19%, 15% aż do 9.4%. Aktualnie wskaźnik ten szacuje się na ok. 3-4%.

Należy jednak zaznaczyć, iż nie ma żadnej pewności, że powyższe wskaźniki będą kształtowały profil przeżywalności również w działaniach zbrojnych prowadzonych przeciwko równorzędnemu lub prawie równorzędnemu przeciwnikowi/rywalowi (*peer or near peer competitor*).

Zasadniczą i niepozostawiającą żadnych wątpliwości lekcją jaką odrobiliśmy angażując naszych żołnierzy w różnych konfliktach zbrojnych jest to, że przeżycie nawet ciężko rannych żołnierzy zależy w pierwszej kolejności od jakości udzielonej pomocy w ostrej fazie urazu, w ramach pomocy przedszpitalnej. Niemniej istotna jest ewakuacja medyczna realizowana pod nadzorem ratownika/ów medycznych do etapowych placówek medycznych o wzrastającej referencyjności. Pamiętajmy, że urazy na polu walki to z reguły rozległe urazy mnogie, wielonarządowe ze wszystkimi tego stanu rzeczy konsekwencjami. Jeżeli do tego dodamy fakt, że w warunkach pola walki wojskowi ratownicy medyczni muszą zarządzać jednocześnie dużą ilością poszkodowanych w środowisku gdzie zasoby są ograniczone, a czas ewakuacji medycznej nieprzewidywalny z uwagi na aktywne prowadzenie działań zbrojnych to zrozumiałym jest, że wojskowy system ratunkowo – ewakuacyjno - leczniczy na teatrze działań musi stale i szybko przeorientowywać się w zakresie kompetencyjności i profesjonalności oraz dostosowywać się do ewoluującego środowiska walki.

Jest więc rzeczą absolutnie bezdyskusyjną, że kwalifikacje, kompetencje, umiejętności i wyposażenie wojskowych ratowników medycznych są krytyczne dla przeżywalności rannych na polu walki, przyczyniając się do minimalizacji ilości rannych zmarłych z ran lub opisując ten fakt

w sposób bardziej oddający rzeczywistość - ilości przypadków śmierci, którym można było zapobiec.

W wojsku nie mamy odrębnego systemu kształcenia personelu medycznego. Wszyscy służący w Wojsku Polskim lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni kształceni są w sektorze cywilnym, również w ramach kształcenia podyplomowego. „Militaryzacja” nabytej wiedzy czy umiejętności i efektywne wdrożenie w wojskowy system zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk jak również pozyskiwanie nowych kompetencji i kwalifikacji niezbędnych na polu walki powinny odbywać się poprzez ekskluzywny system medycznego szkolenia wojskowego oraz kształcenia podyplomowego.

Wydawać by się mogło, że decydenci wojskowej służby zdrowia robią wszystko aby w sposób właściwy prawnie, organizacyjnie, edukacyjnie i funkcjonalnie przygotować wojskowych ratowników medycznych do ratowania na polu walki życia rannych żołnierzy, żołnierzy, którzy są naszymi synami i córkami. Prześledźmy więc jakich to czynów heroiczych w tym obszarze dokonał management wojskowej służby zdrowia.

System opieki zdrowotnej jest system regulowanym i z tego faktu wynikają pewne ograniczenia polegające na tym, iż nie można w sposób dowolny nadawać swojej organizacji uprawnień czy kompetencji, ale jest to możliwe dopiero po usankcjonowaniu tego w przepisach prawa powszechnie obowiązującego i po odpowiednich, certyfikowanych szkoleniach. W pełni ma to również zastosowanie do Sił Zbrojnych RP.

Pomimo tego, że wojskowi ratownicy medyczni funkcjonują w Wojsku Polskim od kilkadziesiąt lat, dopiero w 2016 r. po wielu staraniach usankcjonowano prawnie wojskowego ratownika medycznego, poprzez zapisy w ustawie z dnia 31.10.2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz.1868) jako tego, który wykonuje zadania zawodowe ratownika medycznego. Do tego czasu mieliśmy do czynienia z paradoksalną, wręcz burleskową sytuacją, gdy wojskowy ratownik medyczny nieprawnie, czyli de facto i de jure nielegalnie wykonywał pracę w pododdziale medycznym jednostki wojskowej, ale już jego kompetencje zawodowe były uznawane, gdy po godzinach służby pracował jako cywilny ratownik medyczny w zespołach PRM.

Wojskowi ratownicy medyczni w przeciwieństwie do cywilnych ratowników medycznych zorientowani są głównie na pacjenta urazowego. Uwarunkowania pola walki wymagają, aby wojskowy ratownik medyczny, aby być skuteczny musi nie tylko „zmilitaryzować” swoje umiejętności cywilne oraz posiadać dodatkowe kompetencje, umiejętności, kwalifikacje i wyposażenie, którymi nie dysponuje jego cywilny odpowiednik. Szanując zasady i prawo należy je uzyskać poprzez skodyfikowany system szkolenia wojskowo-medycznego.

Realizując ten cel, po wielu zabiegach czy wręcz bataliach udało się w roku **2017** w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. z dnia 8 listopada 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 2195) zawrzeć art. 11a dotyczący samodzielnego udzielania przez wojskowego ratownika medycznego świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej oraz w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi po ukończeniu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.

Organizacja wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjny miała i ma na celu uzyskanie przez wojskowego ratownika medycznego dodatkowych umiejętności i kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, czyli mówiąc prościej w trakcie działań zbrojnych w kraju i poza jego granicami przy uwzględnieniu interoperacyjności w ramach operacji sojuszniczych.

Zgodnie z delegacją ustawową art. 11a ust. 9 i 10 „już” w **2019** roku wydane zostały rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych oraz w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz w jednostkach niebędących podmiotami leczniczymi.

W roku **2020** wydano Decyzję Nr 27/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 18 lutego 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania i wdrożenia programów wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych.

Przy kolejnej nowelizacji w roku **2022** ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1720) został usunięty art.11a, co anihilowało wydane dotychczas na jego podstawie akty prawne.

W grudniu **2022** roku zapisy o wojskowo-medycznych kursach kwalifikacyjnych pojawiają się w art. 58 Ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2705).

Na podstawie art. 64 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych wydano (ponownie) rozporządzenie MON z dnia **27.09.2023r.** w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych. (Dz. U. z 2023r. poz.2330).

Na podstawie art. 65 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych wydano **25.01.2024r.** (ponownie) rozporządzenie Ministra Obrony

Narodowej w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi albo jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych niebędących podmiotami leczniczymi (Dz.U. z 2024 r. poz. 148).

Należy przypomnieć, że aktualność Decyzji Nr 27 MON z dnia 18 lutego 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania i wdrożenia programów wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych może budzić wątpliwości prawne gdyż została wydana nie na podstawie aktualnej delegacji ustawowej zawartej w ustawie o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, ale w oparciu o uchylony w 2022r. art.11a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2017r.

Determinacja, z jaką zarządzający wojskową służbą zdrowia realizowali i realizują budowanie kompetencji i umiejętności krytycznych wręcz dla przeżywalności żołnierzy na polu walki, a tym samym efektywności systemu zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk, budzi podziw. Początek procesu rozpoczyna się w **2017r**, a aktualnie mamy prawie połowę **2024r**. i żadnego utylitarne go progresu („uitylitarne go” można pominąć).

Jak można skomentować fakt, że przez okres prawie 7 lat establishment wojskowej służby zdrowia przy tak znacznych zasobach i wsparciem jakimi dysponują nie mógł zrealizować tego projektu? Jak można było wykazać się taką niekompetencją, szkodnictwem, indolencją czy zwykłym bezkarnym lenistwem. Bezkarnym, ale za to dobrze opłacanym. To, co się wydarzyło, a właściwie to, co się nie wydarzyło to rujnowanie ograniczonych, praktycznie już kieszonkowych zdolności wojskowej służby zdrowia. Brak kompetencji czy działanie intencyjne? Chociaż jak to mawiał Johann Wolfgang von Goethe: „Why look for conspiracy when stupidity can explain so much...”

Abnegacja w zakresie inkorporacji do wojskowego systemu zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk eksperckiej wiedzy i umiejętności nie dotyczą jedynie wojskowych ratowników medycznych, ale również lekarzy wojskowych. Na podstawie art. 17 ust 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Z 2022 r. poz. 1731, 1733, 2731 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 650) w dniu 8 lipca 2023 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystrów. Przywołane przepisy zlecają właściwym instytutom badawczym opracowanie minimalnych standardów obejmujących zagadnienia na podstawie, których będzie prowadzona certyfikacja umiejętności zawodowych.

Jako zadanie dla Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego Minister Zdrowia wskazał dwa zagadnienia: Medycyna pola walki oraz Organizacja ochrony zdrowia wojsk. Do dnia dzisiejszego standardy te nie zostały opracowane, upowszechnione i opublikowane.

Jak widać dla dyrekcji WIM-PIB taka formuła i metodologia budowanie kompetencyjności wojskowej służby zdrowia mimo szeregu pompatycznych, werbalnych zapewnień, że stanowią *military medical spearhead*, jest czymś, co można ignorować. Można ignorować dlatego, że efekty tych działań nie są zauważalne czy spektakularne. Co prawda mogą budować pozytywny wizerunek dyrekcji ale w ciszy, a to jak widać jest niepożądane i z pewnością mało atrakcyjne.

Jakże inaczej wygląda proaktywność i zaangażowanie dyrekcji WIM-PIB, gdy trzeba realizować działa „monumentalne”, spektakularne, promujące sylwetkę, wizerunek, sprawczość, zaangażowanie w wykonywaniu dyspozycji politycznych osób funkcyjnych WIM-PIB.

Nie trzeba żadnych komentarzy gdy zestawimy czas potrzebny na realizację projektu jakim było budowanie za pieniądze Ministerstwa Obrony Narodowej szpitala w Legionowie (filia WIM) w niewiele ponad 2 lata (tak dziwnym trafem w mieście będącym okręgiem wyborczym Ministra Obrony Narodowej), z czasem jaki upłynął na niezrealizowanie niezwykle istotnego dla kompetencyjności wojskowego personelu medycznego zadania, które dla Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego nie powinno być ani kłopotliwe ani czasochłonne.

Ten sam establishment wojskowej służby zdrowia dla zdobycia uznania lub poprawy reputacji podejmuje dziś próby projektowania i forsowania nowych rozwiązań organizacyjnych, tworzenia niedookreślonych komponentów medycznych czy dowództw.

Nie zdziwmy się, a wręcz oczekujmy, że po raz kolejny politykom zostanie przedłożony nieprzeciętny, opomiarowany analitycznie, wyjątkowy dla wojskowej służby zdrowia projekt odtworzenia Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, w mieście w którym MON bezpowrotnie utracił posiadane zasoby, infrastrukturę oraz profesjonalne kadry, a jedynie co pozostało to wojskowe tradycje, sentyment, wspomnienia i emocje. Realizacja tego projektu to również konieczność agresywnego współzawodnictwa i konkurowania z funkcjonującym i mającym już wieloletnią historię kształcenia lekarzy wojskowych – Uniwersytetem Medycznym, jak również zaangażowania znaczących sił środków, które można z powodzeniem wykorzystać z większym pożytkiem dla wojskowej służby zdrowia.

Typowo populistyczny manewr, uproszczony przekaz mający odwrócić uwagę od rzeczywistych problemów i niemocy wojskowej służby zdrowia, tworzący fałszywe wrażenie

doniosłości przedsięwzięcia i liczący na próżność polityków –decydentów, którzy będą pod swoim nazwiskiem projekt akceptować i kierować go do realizacji. Wszak z byłym Ministrem Obrony Narodowej podobna inżynieria sprawdzała się.

Czy te propozycje cokolwiek rozwiążą już nie w morzu, ale oceanie problemów wojskowej służby zdrowia? Czy realizacja tych propozycji będzie łatwiejsza niż zorganizowanie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych czy standardów do certyfikacji zagadnień z zakresu medycyny pola walki dla oficerów lekarzy? Utrwalonym standardem jest najpierw opanowanie mechaniki klasycznej zanim się przejdzie do modelowania w zakresie fizyki kwantowej.

Być może brak zainteresowania, dbałości o rozwój kompetencji wojskowej służby zdrowia wynika z faktu, że aktualnie główny nacisk i uwagę kładzie się na systemy uzbrojenia i umiejętności żołnierzy skutkujące efektywnym odstraszeniem i możliwością eliminacji przeciwnika.

Wbrew temu, co można myśleć, wojskowa służba zdrowia źle zorganizowana, wyszkolona i wyposażona również oddziałuje na eliminację żołnierzy, ale niestety sił własnych.



| PUBLIKACJE

Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.
Celem uzyskania licencji na cytowanie artykułu we fragmentach lub publikacji całości prosimy o kontakt:
publikacje@stratpoints.eu

www.stratpoints.eu