

Grey Scale #13



A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

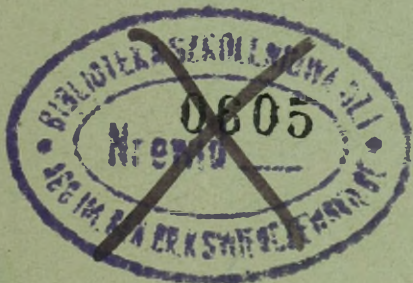
203

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP
im. gen. broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁOWEJ

JAWNE

ASG wewn. 3373/78



~~SECRET~~
~~SECRET~~

Egz. Nr..... 1

Ppłk dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

Służba zdrowia wybranych państw
Europy Zachodniej
(oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej)



45966

WARSZAWA

CZERWIEC

1978



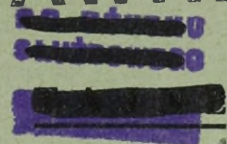
203

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP
im. gen. broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

ASG wewn. 3373/78



Egz. Nr.....

Ppłk dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

Służba zdrowia wybranych państw
Europy Zachodniej
(oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej)



45966

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP
im. gen. broni K. Świerczewskiego

JAWNE

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

ASG wewn. 3373/78

PODSTAWA
Ustawa z dnia 22 stycznia 1969 roku
art. 86 ust. 2 (Dz. U. RP Nr 11 poz. 95)
.....
podpis

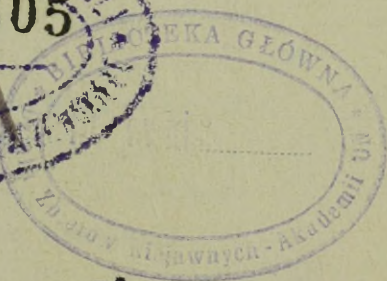
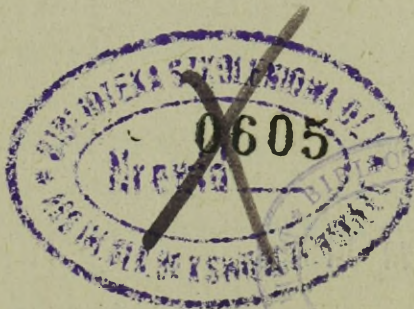
~~SECRET~~
~~subwers~~

~~.....~~
Egz. nr. 1

PRZEKLASYFIKOWANO
Protokół Nr 12657

Ppik dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

SLUZBA ZDROWIA WYBRANYCH PAŃSTW EUROPY ZACHODNIEJ
/oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej/



45966

WARSZAWA

Czerwiec

1978 r.

1875
1876
1877

1878

1879

SPIS TREŚCI

	str.
Od autora	7
1. Austria	8
2. Francja	10
3. Holandia	20
4. Republika Federalna Niemiec	25
5. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej	36
6. Szwajcaria	41
7. Wielka Brytania	43
Piśmiennictwo	47

Załączniki:

1. Podstawowe normy taktyczne sił zbrojnych Francji, Republiki Federalnej Niemiec i Wielkiej Brytanii	50
2. Organizacja i wyposażenie plutonu zbiórki rannych /F/.....	52
3. Organizacja i wyposażenie plutonu selekcji rannych /F/	53
4. Organizacja i wyposażenie kompanii medycznej /F/	54
5. Organizacja i wyposażenie kompanii medycznej jednostek korpuśnych oraz kompanii wsparcia logistycznego KA/F/.....	56
6. Organizacja i wyposażenie dywizyjnego wysuniętego szpitala chirurgicznego /F/.....	57
7. Organizacja i wyposażenie chirurgicznego szpitala ewakuacyjnego /F/	58
8. Organizacja i wyposażenie specjalistycznego szpitala ewakuacyjnego /F/	59

9. Organizacja i wyposażenie internistycznego szpitala ewakuacyjnego /F/.....	60
10. Organizacja i wyposażenie ruchomej grupy chirurgicznej oraz ruchomej ekipy chirurgicznej /F/	62
11. Organizacja i wyposażenie ruchomego laboratorium polowego oraz wydzielonej grupy chirurgicznej powietrznodesantowej /F/..	63
12. Organizacja i wyposażenie kompanii dezynfekcji i dezynsekcji oraz wysuniętego plutonu zaopatrywania sanitarnego /F/.....	64
13. Organizacja i wyposażenie kompanii remontu i obsługi sprzętu medycznego oraz kompanii transportu sanitarnego /F/	65
14. Organizacja i wyposażenie kompanii zaopatrywania służby zdrowia oraz plutonu zaopatrywania w krew /F/	67
15. Organizacja brygadowej kompanii medycznej /E/	69
16. Wariant rozmieszczenia sił i środków medyczno-sanitarnych sił zbrojnych Holandii	70
17. Organizacja drużyny sanitarnej grupy zaopatrywania batalionu /RFN/.....	71
18. Organizacja kompanii sanitarnej brygady /RFN/	72
19. Organizacja batalionu sanitarnego dywizji /RFN/	73
20. Jednostki podległe szefowi służby sanitarnej KA/RFN/.....	74

	str.
21. Stan osobowy służby sanitarnej KA/RFN/.....	75
22. Siły służby sanitarnej RFN na poszczególnych szczeblach organizacyjnych.....	78
23. Jednostki sanitarne wchodzące w skład poszczególnych korpusów armijnych /RFN/.....	80
24. Kierunek ruchu rannych w zabezpieczeniu sanitarnym korpusu armijnego /RFN/.....	81
25. Wariant rozmieszczenia urządzeń sanitarnych i szpitali zapasowych w strefie działań bojowych KA/RFN/	82
26. Znaki taktyczne /ogólne/i służby sanitarnej /RFN/	83
27. Organizacja szpitala polowego na 300 łózek /RFN/.....	85
28. Organizacja szpitala chirurgicznego na 90 łózek /RFN/	86
29. Organizacja batalionu sanitarnego KA/RFN/..	87
30. Różnica pomiędzy plutonami sanitarnymi kompanii sanitarnej brygady, dywizji i korpusu armijnego /RFN/.....	89
31. Organizacja mieszanego batalionu sanitarnego KA /RFN/	91
32. Ilość środków do ewakuacji rannych i jednorazowa zdolność ewakuacyjna poszczególnych szczebli organizacyjnych sił lądowych/RFN/	93
33. Organizacja batalionu transportu rannych KA /RFN/.....	95
34. Jednostki sanitarne na szczeblu okręgu wojskowego /RFN/	96

str.

35. Jednostki sanitarne podległe dowództwu sanitarnemu dowództwa terytorialnego/RFN/ 97
36. Organizacja wybranych jednostek medycznych sił zbrojnych Wielkiej Brytanii..... 98
37. Organizacja ewakuacji rannych, chorych i porażonych na TDW /wg założeń brytyjskich/..... 99

Od autora

Znajomość organizacji i możliwości służby zdrowia potencjalnego przeciwnika jest obowiązkiem każdego oficera, a w szczególności oficera - lekarza. W wydawnictwie zebrano dostępne informacje dotyczące służb zdrowia wybranych państw Europy Zachodniej /nie tylko członków NATO/ i przedstawiono je w porządku alfabetycznym. Dla zobrazowania organizacji służby zdrowia niektórych państw przedstawiono również jej organizację i możliwości w postaci schematów i zestawień. Najszczególniej została opracowana służba zdrowia Republiki Federalnej Niemiec, o której posiadamy najdokładniejsze wiadomości, i która powinna nas najbardziej interesować.

Być może czytelnik znajdzie rozbieżności w niektórych podanych wartościach, lecz niezgodności poszczególnych materiałów nie zawsze pozwoliły na jednoznaczną odpowiedź.

Do opracowania dołączono również streszczenia artykułu mjr. lek. Zb. Kliszczaka zawarte w 1 numerze "Myśli Wojskowej" z 1974 roku pt. "Zabezpieczenie medyczne w wojskach lądowych Stanów Zjednoczonych" - zainteresowanych pełniejszą informacją na ten temat odsyłam do cytowanego opracowania, jak również artykułu J. Bończaka i wsp. /"Organizacja i praca służby medycznej sił lądowych Stanów Zjednoczonych w TDW" - Lekarz wojskowy - Tajny nr 2 z 1973r. / i artykułu T. Orłowskiego i wsp. /"Organizacja pomocy chirurgicznej w armiach głównych państw NATO" - Lekarz wojskowy - Jawny nr 4 z 1977 r. /.

1. AUSTRIA

Na czele służby zdrowia wojsk Austrii znajduje się Wydział Medyczno-Sanitarny, który podlega pod Oddział IV /kwatermistrzowski/ Ministerstwa Obrony. W Generalnym Inspektoracie Sił Zbrojnych jest stanowisko Inspektora Służby Zdrowia.

Austria jest podzielona na trzy okręgi wojskowe:

- okręg nr 1 z siedzibą w Wiedniu;
- okręg nr 2 z siedzibą w Graz;
- okręg nr 3 z siedzibą w Salzburg.

Na szczycie każdego okręgu wojskowego znajduje się Oddział Służby Zdrowia OW, który jest organem kierowniczym w stosunku do wszystkich oddziałów /pododdziałów/ służby zdrowia okręgu. Dowództwo Okręgu Wojskowego jest zabezpieczane przez pułk zaopatrywania, w składzie którego znajduje się kompania medyczna - brak jest bliższych danych o jej organizacji.

Austriackie siły lądowe są zorganizowane w brygady /nie występuje szczebel dywizji/, których stan osobowy wynosi 3000- 4500 ludzi. W sztabie brygady znajduje się szef służby zdrowia, który jest doradcą dowódcy w sprawach medycznych. Podlega mu polowe ambulatorium /wchodzące w skład kompanii zaopatrywania batalionu sztabowego/, na bazie którego można rozwinąć brygadowy punkt medyczny.

Każda brygada składa się z trzech batalionów /piechoty, czołgów, batalionu szkolnego/.

Należy przypuszczać, że w każdym samodzielnym batalionie występuje pododdział służby zdrowia, lecz brak jest danych o jego organizacji.

Ze względu na nieposiadanie przez Ministerstwo Obrony własnej uczelni wojskowo-lekarskiej - zadanie szkolenia kadr lekarskich dla potrzeb wojska ciąży na Ministerstwie Zdrowia, które ponadto jest odpowiedzialne za dostarczanie wojsku potrzebnych urządzeń sanitarnych.

2. FRANCJA

Szef służby zdrowia sił zbrojnych Francji jest podporządkowany bezpośrednio szefowi sztabu sił zbrojnych/!/. Organem zarządzania jest Główne Szefostwo Służby Zdrowia, w którym największe znaczenie ma:

- oddział techniczno-organizacyjny;
- oddział logistyczny;
- samodzielne biuro studiów ogólnych.

W wojskowej służbie zdrowia pracuje około 6000 osób personelu wojskowego oraz około 6000 osób personelu cywilnego, który jest rozmieszczony w jednostkach wojskowych i szpitalach wojskowych^{x/}.

Zadania wojskowej służby zdrowia w czasie wojny dają się sprowadzić do:

- zbierania, grupowania, ewakuowania i leczenia rannych^{xx/} i chorych;
- stosowania środków higieny i profilaktyki /w tym nadzoru sanitarnego/;
- utrzymywania zapasów i zarządzanie materiałem sanitarnym i pojazdami samochodowymi służby zdrowia;

^{x/} Szpitale wojskowe znajdują się w następujących miejscowościach: Paris, Clamart, Versailles, Suresnes, Saint-Mande, Bourges, Lille, Rennes, Nantes, Coetquidan, Toulouse, La Courtine, Villonave, D'Ornon, Bareges, Vichy, Lyon, La Tronche, Metz, Verdun, Sainte-Menehould, Nancy, Strasbourg, Bourbon-les-Bains, Chaumont, Belfort, Dijon, Colmar, Briancon, Marseille, Frejus, Amelie-Les-Bains, Ajaccio, Lamalou-Les-Bains, Bastia.

^{xx/} We francuskiej nomenklaturze nie występuje pojęcie porażony; wyodrębnia się: rannych, napromieniowanych, rannych napromieniowanych i chorych.

- zaopatrywania w sprzęt techniczny, artykuły farmaceutyczne, leki, plazmę i krew.

Podstawowym zadaniem służby zdrowia jest ewakuacja rannych z pola walki i zagwarantowanie im pełnego leczenia szpitalnego. O kolejności ewakuacji decyduje stan rannych /napromieniowanych/ oraz możliwość odroczenia pomocy lekarskiej /bez pogorszenia się ich stanu zdrowia/. W czasie dokonywania selekcji^{x/} dokonuje się podziału rannych wg stopni pilności udzielania pomocy lekarskiej:

- nadzwyczajna nagłość /wypadki b. pilne- wymagają otrzymywania pomocy w ciągu 1 godz., a więc jak najbliższej punktu segregacyjnego /ok. 1-2% rannych/;
- nagłość 1^o /ranni pierwszej pilności/-termin otrzymania pomocy 3-6 godz. ok. 9-15% rannych/;
- nagłość 2^o /ranni drugiej pilności/-termin otrzymania pomocy 6-12 godz./ok. 25% rannych/;
- nagłość 3^o /ranni trzeciej pilności/-termin otrzymania pomocy 12-24 godz./ok. 50% rannych/;
- lekko ranni - bez limitu czasowego.

x/ Pojęcie selekcji jest odpowiednikiem naszej segregacji.

W momencie powstania masowych strat sanitarnych /np. od broni jądrowej/ cały potencjał leczniczy musi być zarezerwowany priorytetowo dla rannych rokujących wyleczenie^{x/}.

Zabezpieczenie medyczne wojsk

a/ Pułk zmechanizowany /718 ludzi/ jest zabezpieczany pod względem medycznym przez pluton medyczny wchodzący w skład kompanii dowodzenia, wsparcia i obsługi.

W składzie plutonu medycznego jest:

2 lekarzy;

8 podoficerów i sanitariuszy;

12 sanitariuszy noszowych.

Razem 22 osoby.

Pluton medyczny wyposażony jest w środki transportu pozwalające mu poruszać się po polu walki. Udzielany zakres pomocy - pomoc lekarska.

b/Brygada zmechanizowana/3858 ludzi/ jest zabezpieczona pod względem medycznym przez pododdziały medyczne wchodzące w skład batalionu wsparcia logistycznego, tj. pluton zbiórki rannych i pluton selekcji rannych. Naczelnym lekarzem brygady jest odpowiedzialny za zabezpieczenie medyczne podległych oddziałów/pod-
x/ Np. wzór dla ustalania kolejności ewakuacji przy oparzeniach wygląda następująco:

Przy: $P \leq 75$ ranni podlegają ewakuacji w I kolejności

$P = 75-100$ ranni podlegają ewakuacji w II kolejności

$P > 101$ i więcej ranni podlegają ewakuacji w III kolejności

$P =$ wiek w latach + % oparzonej powierzchni ciała + 25.

oddziałów/, dowodzi plutonem zbiórki rannych i koordynuje działanie plutonu selekcji rannych, który w zakresie wykonywanych zadań jest podporządkowany naczelnemu lekarzowi dywizji.

Pluton zbiórki rannych ma za zadanie:

- ewakuowanie rannych z punktów ratunkowych oddziałów bojowych do centralnego punktu selekcji;
- wzmacnianie punktów ratunkowych oddziałów;
- reaktywowanie zniszczonych punktów ratunkowych oddziałów;
- organizowanie dodatkowych punktów ratunkowych.

Do wykonania tych zadań pluton posiada 63 osoby personelu oraz 25 samochodów. Podział plutonu odpowiada przewidywanym potrzebom: /grupa dowodzenia, 3 grupy punktów ratunkowych, 3 grupy samochodów sanitarnych o łącznej możliwości przewożenia 60-75 rannych/.

Organizację plutonu zbiórki rannych przedstawia załącznik nr 2.

Pluton selekcji rannych /70 ludzi, 13 samochodów/ ma następującą organizację: grupa dowodzenia i zabezpieczenia, grupa zabiegów specjalnych, grupa selekcji i ewakuacji rannych oraz grupa selekcji rannych /dzieląca się na: 2 drużyny selekcji i 2 drużyny reanimacji/. Organizację plutonu zbiórki rannych przedstawia załącznik nr 3.

Zadania plutonu selekcji rannych to: podział rannych na kategorie /napromieniowanych, chorych/, zabezpieczenie ewakuacji, odkażenie skażonych, wykonywanie pilnych zabiegów chirurgicznych. Podstawowym

zadaniem jest selekcja rannych wg pilności udzielania pomocy medycznej. Pluton ma możliwość odkażać 50 skażonych w ciągu godziny. Zabiegi chirurgiczne wykonywane są tylko w sytuacjach zagrażających życiu.

Każdy z plutonów posiada 4 radiostacje, które ułatwiają kierowanie poszczególnymi plutonami /grupami/. Stopień ruchliwości obu plutonów jest wystarczający i odpowiada ruchliwości oddziałów bojowych. Służba zdrowia brygady może czasami otrzymać jako wzmocnienie śmigłowce z dywizyjnej grupy lotnictwa lekkiego sił lądowych "GALDIV".

c/ Dywizja zmechanizowana /15535 ludzi/ zabezpieczana jest pod względem medycznym przez wchodzącą w skład pułku zabezpieczenia logistycznego kompanię medyczną /350 ludzi, 100 pojazdów/. Organizacja kompanii medycznej DZ /załącznik nr 4/ przedstawia się następująco:

- sztab oraz pluton zabezpieczenia logistycznego;
- pluton zbiórki rannych /skład identyczny jak w brygadzie/;
- 3 plutony selekcji rannych /skład identyczny jak w brygadzie/;
- pluton samochodów sanitarnych;
- pluton zaopatrywania w środki medyczne /wyposażony w ruchomą pralnię!/,

występowanie identycznych ogniw służby zdrowia na szczeblu dywizji i brygady ułatwia szefowi służby zdrowia dywizji dokonywanie manewru tymi pododdziałami.

Zadania kompanii medycznej ZT:

- zbieranie rannych;
- selekcja rannych;
- udzielanie rannym pomocy chirurgicznej i internistycznej /w sytuacjach zagrażających życiu/;
- przygotowanie rannych do ewakuacji;
- odkażanie rannych;
- udzielanie pierwszej pomocy medycznej organicznym pododdziałom dywizji.

Wydaje się, że podawane w niektórych opracowaniach możliwości selekcji 300 osób na dobę będą większe i bardziej prawdopodobną wartością jest 600-900 osób na dobę. Na tym etapie pomocy medycznej zabiegi chirurgiczne są wykonywane wyjątkowo /2 - 3 operacje chirurgiczne do 15 zabiegów reanimacyjnych/.

Kompania medyczna rozwija się pod namiotami lub wykorzystuje stałe budynki. Posiadana ilość pojazdów mechanicznych umożliwia przemieszczenia kompanii medycznej w jednym rzucie /długość kolumny ok. 4500 m/. Posiadane radiostacje zapewniają stałe utrzymanie łączności wewnętrznej oraz z przełożonym.

Kompania medyczna może być wzmocniona środkami transportu lotniczego /z plutonu manewrowego i logistycznego "GALDIV"/ oraz dodatkowo otrzymać:

- | | |
|--|-----|
| - wysunięty szpital chirurgiczny | 1 |
| - kompanie medyczne | 2-4 |
| - ruchome ekipy chirurgiczne | 1-2 |
| - wysunięty pluton zaopatrywania sanitarnego | 1 |

Ilość przydzielonych środków wzmocnienia zależy od możliwości szefa służby zdrowia korpusu armijnego oraz zadania stawianego dywizji.

d/ Korpus armijny /KA/.

Szef służby zdrowia KA podlega dowódcy korpusu i jest jego doradcą ds. medycznych. Pododdziały służby zdrowia są przydzielane do zgrupowań logistycznych KA lub dywizyjnych rejonów zaopatrywania.

Organizacja korpusu jest niestała, a liczebność korpusu /w tym pododdziałów medycznych/ zależy od zadań ogólnowojskowych. Przeciętnie korpus otrzymuje pododdziały medyczne w następującej ilości:

- | | |
|--|------|
| - wysunięte szpitale chirurgiczne | - 6 |
| - kompanie medyczne | - 3 |
| - kompanie zaopatrywania w sprzęt medyczny i lekarstwa | - 2 |
| - plutony zaopatrywania w krew | - 2. |

Niezależnie od przydzielanych jednostek służby zdrowia KA posiada /załącznik nr 5/:

- kompanię medyczną jednostek korpuśnych
- oraz - kompanię wsparcia logistycznego^{x/}.

x/ Kompania medyczna jednostek korpuśnych /175 ludzi, 50 pojazdów/ posiada podobną organizację jak kompania medyczna występująca w dywizji. Kompania wsparcia logistycznego różni się od niej nieposiadaniem plutonu zaopatrywania w środki medyczno-sanitarne.

e/ Armia

Organem wykonawczym szefa służby zdrowia armii jest oddział służby zdrowia armii. Do jego głównych zadań należy zaliczyć:

- ewakuację rannych z punktów medycznych jednostek pierwszorzutowych do szpitali zgrupowań logistycznych lub do rejonów załadowczych /o ile udzielenie pomocy nie jest pilnie potrzebne/;
- wykrywanie i zapobieganie rozprzestrzenianiu się ognisk schorzeń zakaźnych;
- zaopatrywanie pododdziałów służby zdrowia armii w materiał i sprzęt medyczny oraz krew i środki krwiozastępcze;
- wspieranie pododdziałów medycznych - związków taktycznych i brygad siłami i środkami służby zdrowia armii.

Oddział służby zdrowia armii posiada następujące jednostki służby zdrowia /ilość ich jest uzależniona od składu armii/:

- dywizyjne wysunięte szpitale chirurgiczne;
- chirurgiczne szpitale ewakuacyjne;
- specjalistyczne szpitale ewakuacyjne ^{x/};
- internistyczne szpitale ewakuacyjne;
- ruchome ekipy chirurgiczne ^{xx/};

x/ Wg Poncy R. został rozformowany /?/.

xx/ Kompania transportu sanitarnego nie jest jednostką służby zdrowia lecz wojsk transportowych.

- ruchome grupy chirurgiczne^{x/};
- ruchome laboratorium polowe;
- kompanię dezynfekcji i dezynsekcji;
- kompanię remontu i obsługi sprzętu medycznego;
- plutony zaopatrywania w krew;
- kompanię transportu sanitarnego;
- kompanię zaopatrywania służby zdrowia;
- wysunięte plutony zaopatrywania sanitarnego.

W zależności od potrzeb jest tworzona "wydzielona grupa chirurgiczna powietrznodesantowa" używana do zabezpieczenia medycznego desantujących wojsk.

Decyzję o przydziale jednostek służby zdrowia do poszczególnych zgrupowań logistycznych podejmuje szef służby zdrowia armii w porozumieniu z szefem biura IV sztabu armii. Na obszarze działania armii wyodrębnia się strefę tyłową armii i strefę przednią. W tej ostatniej jako znajdującej się blisko pola walki, zabezpieczenie medyczne organizowane jest w związkach taktycznych poprzez pułki zabezpieczenia logistycznego, w składzie których znajduje się służba zdrowia organiczna i przydzielona jako wzmocnienie. W strefie tyłowej armii są organizowane zgrupowania logistyczne, a służba zdrowia występująca w tych zgrupowaniach zabezpiecza określoną ilość żołnierzy /ok. 30 000/. Część sił i środków stanowi odwód szefa służby zdrowia armii, który może być użyty na specjalne polecenie.

x/ Wg Poncy R. zostały rozformowane/?/.

Zasadnicza koncepcja zabezpieczenia medycznego jest realizowana przez naczelnych lekarzy zgrupowań logistycznych, a więc ma miejsce przybliżenie organu dowodzenia do bezpośrednich wykonawców co polepsza i przyspiesza zabezpieczenie medyczne wojsk.

Organizację i wyposażenie jednostek służby zdrowia armii przedstawiają schematy /załączniki nr 6 - 14/.

3. HOLANDIA^{x/}

Od pewnego czasu zostają znoszone etaty sanitariuszy w plutonach i kompaniach, których mają zastąpić żołnierze przeszkaleni dodatkowo w specjalności sanitariusza. Jest to zrozumiałe, gdyż jeden sanitariusz kompanii /plutonu/ nie będzie w stanie udzielić pierwszej pomocy wszystkim porażonym w warunkach stosowania broni masowego rażenia. Niezależnie od uzyskiwania przez niektórych żołnierzy drugiej specjalności - sanitariusza, wszyscy żołnierze przeszkaleni są w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Na szczeblu batalionu /dywizjonu/ znajdują się plutony medyczno-sanitarne wchodzące w skład kompanii dowodzenia batalionu, tworzące batalionowe punkty medyczne. Ewentualne podporządkowanie ich brygadowej kompanii medycznej wraz ze zwiększeniem terenowych środków do transportu porażonych umożliwi lepsze ich wykorzystanie dzięki możliwości kierowania ich zgodnie z aktualnymi potrzebami brygady.

Na szczeblu brygady istniejąca brygadowa kompania medyczna wchodzi w skład brygadowego batalionu dowozu i obsługi. W czasie działań bojowych tworzy brygadowy punkt medyczny. Organizację kompanii medycznej /brygadowej/ przedstawia załącznik nr 15.

x/ Holenderska wojskowa służba zdrowia przechodzi aktualnie reorganizację i nie można mieć pewności co do jej aktualnego stanu organizacyjnego.

W plutonie samochodów sanitarnych znajduje się 10 samochodów sanitarnych 1-tonowych oraz 10 samochodów osobowo-terenowych "Jeep". Każda drużyna plutonu obsługi punktu opatrunkowego może udzielić pomocy około 50 rannym.

Aktualnie w ramach reorganizacji istnieją propozycje dotyczące:

- zwiększenia liczby samochodów sanitarnych - do 12;
- wprowadzenia transporterów do ewakuacji rannych - 7, z równoczesnym zmniejszeniem ilości samochodów osobowo-terenowych "Jeep" z 10 do 7;
- przeorganizowania plutonu zbiórki rannych /na pluton sanitarny/ z utworzeniem 7 drużyn sanitarnych.

Powyższe zmiany zwiększą ruchliwość brygadowej kompanii medycznej, przyspieszą ewakuację porażonych oraz ułatwią dowódcy kompanii dokonywanie manewru pododdziałami medycznymi w zależności od konkretnej sytuacji.

Przewiduje się, że po reorganizacji brygadowa kompania medyczna miałaby:

a/ ludzi - 197

w tym:

oficerów 17

podoficerów 18

szeregowych 162

b/ środków transportowych - 34

w tym:

samochodów sanitarnych 1-tonowych - 12

samochodów osobowo-terenowych "Jeep" - 7

transporterów sanitarnych - 7
samochodów różnych - 8

Wydaje się, że przy proponowanym rozwiązaniu jest w samochodach za mało miejsc dla personelu, a już zupełnie nie może być mowy o zabieraniu rannych w czasie przegrupowania brygady.

Aktualnie zakłada się, że w brygadowym punkcie medycznym nie będą wykonywane zabiegi chirurgiczne. Obowiązek ten przejmie na siebie ruchomy szpital chirurgiczny mogący w ciągu doby przyjąć /i udzielić pomocy/ 120 rannych. Rozwijany on będzie w granicach 20-30 km od rubieży styczności walczących wojsk. Możliwość dzielenia tego typu szpitala na mniejsze zespoły wydaje się wątpliwa, ponieważ nie wszystkie jego pododdziały mogą "dzielić się" na równoważne elementy.

Na szczeblu związku taktycznego istnieje służba zdrowia dywizji, lecz jej organizacja jest nieznana. Należy spodziewać się, że lekarz odpowiedzialny za zabezpieczenie medyczne dywizji posiada pododdział medyczny mogący udzielać kwalifikowanej pomocy medycznej /wraz z wykonywaniem zabiegów chirurgicznych/ oraz ma możliwość wzmocnienia służby zdrowia w brygadach.

Niezależnie od ruchomego szpitala chirurgicznego znajdującego się w gestii służby zdrowia korpusu, występuje tam ruchomy szpital polowy na 400 łóżek, który w zasadzie powinien rozmieszczać się w oparciu o budynki stałe. Jest on największym elementem wojskowej służby zdrowia /stan personelu

wynosi około 110 ludzi/. Ilość szpitali poszczególnych typów nie jest znana.

Na szczeblu korpusu znajduje się ponadto batalion medyczno-sanitarny szpitala korpuśnego /bmssk/, który tylko częściowo zabezpiecza transport rannych do szpitali stacjonarnych /krajowych lub państw układu NATO/, a zasadniczym jego zadaniem jest leczenie chorych na chorobę popromienną, zatrutych gazem oraz poparzonych. Jednocześnie bmssk jest w stanie przyjąć do 200 chorych.

Ewakuacja rannych jest prowadzona w większości przypadków zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, tj. "do siebie", a ponadto jest przewidywana możliwość prowadzenia ewakuacji "od siebie".

Aktualnie postuluje się wyposażenie służby zdrowia w środki transportu lotniczego /śmigłowce/, dzięki czemu uległby znacznemu skróceniu czas dotarcia rannego z pola walki do szpitali korpusu, ewentualnie szpitali na terenie kraju, a jednocześnie można by systematycznie dostarczać szpitalom potrzebne zaopatrzenie medyczne. Działalność służby zdrowia idzie w kierunku uzyskania około 30 śmigłowców /15 lekkich i 15 ciężkich/. Zdaniem autorów /holenderskiej służby zdrowia/ ilość ta wystarczy do prowadzenia ewakuacji z pola walki, jak również zabezpieczy potrzeby do przewożenia rannych do szpitali obszaru kraju.

Rząd holenderski dużo uwagi poświęca również rozbudowie i przystosowaniu do warunków wojennych cywilnych szpitali i ośrodków zdrowia, które będą miały dodatkowe ważne zadania w ewentualnym konflikcie zbrojnym.

Wariant rozmieszczenia sił i środków medyczo-sanitarnych zgodnie z obowiązującymi zasadami przedstawia załącznik nr 16.

4. Republika Federalna Niemiec

Służba sanitarna^{x/} Bundeswehry jest samodzielnym rodzajem wojsk, a jej Inspektor podlega Generalnemu Inspektorowi Bundeswehry na równi z inspektorami sił lądowych, powietrznych i morskich. Dzięki temu służba sanitarna zyskała poważnie na znaczeniu, lecz również uległy zwiększeniu jej obowiązki.

Zadania służby sanitarnej RFN są podobne do zadań służby zdrowia poszczególnych państw Układu Warszawskiego czy NATO i sprowadzają się do:

- dbania o właściwy stan sanitarno-higieniczny i przeciwepidemiczny wojsk i rejonów zakwaterowania jak również na polu walki;
- zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych;
- utrzymywania odpowiedniego stanu zdrowotnego żołnierzy;
- zaopatrywania wszystkich oddziałów /pododdziałów/ sanitarnych w materiał i sprzęt sanitarny;
- rozpoznawania służby sanitarnej nieprzyjaciela.

Służba sanitarna RFN jest jedną z najlepiej zorganizowanych i wyposażonych służb zdrowia wśród innych państw NATO i jest wzorcem dla nich w zależności od ich możliwości /kadrowych, finansowych i innych/.

x/ We wszystkich opracowaniach jest stosowane pojęcie służby sanitarnej, oddziałów sanitarnych /np. kompania sanitarna, batalion sanitarny itp./

W sztabie sił lądowych RFN służba sanitarna podlega pod oddział V, natomiast od szczebla korpusu armii do szczebla brygady podlega pod oddział /wydział/ G-4, a na szczeblu batalionu pod S-4.

W czasie pokoju opiekę nad stanem zdrowotnym żołnierzy prowadzi personel sanitarny oddziałów macierzystych jednostek. Leczenie szpitalne jest oparte o sieć wojskowych szpitali znajdujących się w: Koblencku /Wojskowy Szpital Centralny/, Amberg, Detmoldt, Giessen, Glückstadt, Hamburg, Harum, Kerupten, Kolonii, Monachium, Osna-brück, Ulm, Wildeband i Zwischenau /Wojskowe Szpitale Okręgów/.

Centrum sanitarne Bundeswehry znajduje się w Bonn. Wojskowa Akademia Medyczna w Monachium szkoli lekarzy wojskowych, których ilość jest ciągle niewystarczająca. Ponadto służbie sanitarnej RFN służą instytuty naukowe takie, jak:

- Instytut Medycyny Lotniczej w Furstenfeldbrück koło Monachium;
- Instytut Medycyny Wojskowej i Higieny w Koblencku;
- Instytut Farmacji i Żywności w Monachium;
- Instytut Informatyki Medyczno-Wojskowej w Remagen.

Organizacja, możliwości i zasady pracy służby sanitarnej RFN.

a/ Kompania /piechoty/ posiada w swym składzie podoficera sanitarnego, który udziela pierwszej pomocy żołnierzom kompanii oraz grupie rannych

w kompanijnych gniazdaach rannych. Na czas walki do kompanii przydziela się z drużyny sanitarniej batalionu sekcję sanitarną z samochodem /transporterem/sanitarnym w celu usprawnienia ewakuacji rannych do gniazd rannych i udzielania im pierwszej pomocy. Po walce sekcja sanitarna dołącza do macierzystej drużyny sanitarniej. Niektóre samodzielne kompanie mogą posiadać organiczną sekcję sanitarną, która jest odpowiedzialna za stałe zabezpieczenie medyczne kompanii.

b/ Batalion jest zabezpieczany przez drużynę sanitarną /14 - 22 ludzi/, której pracą kieruje lekarz batalionu /podległy służbowo dowódcy batalionu a fachowo lekarzowi brygady/. Organizację drużyny sanitarniej przedstawia załącznik nr 17. Drużyna sanitarna na czas walki wydziela ze swego składu sekcje sanitarne do poszczególnych kompanii, natomiast sekcja punktu opatrunkowego organizuje punkt opatrunkowy batalionu jak również posterunki transportu sanitarnego batalionu. W celu prowadzenia ewakuacji rannych z kompanii do batalionowego punktu sanitarnego lub do punktu sanitarnego brygady punkt opatrunkowy batalionu organizuje się w odległości 3 i więcej kilometrów od rubieży styczności wojsk.

c/ Brygada jest zabezpieczana przez kompanię sanitarną brygady /180 ludzi/, która składa się z: drużyny dowodzenia i drużyny łączności,

plutonu sanitarnego, plutonu samochodów sanitarnych, drużyny sanitarnej ABC, drużyny materiałów sanitarnych, sekcji stomatologicznej i drużyny zaopatrywania /strukturę organizacyjną kompanii sanitarnej przedstawia załącznik nr 18.

Brygadowy punkt opatrunkowy jest organizowany w odległości 10 - 20 km od walczących wojsk. Zakres udzielanej w nim pomocy odpowiada zakresowi pułkowego punktu medycznego /pomoc lekarska/. Poza tworzeniem brygadowego punktu opatrunkowego, na kompanii sanitarnej ciąży obowiązek prowadzenia ewakuacji rannych z batalionowych punktów opatrunkowych do punktów opatrunkowych brygady lub dywizji. Samochody sanitarne kompanii sanitarnej są w stanie przewieźć jednorazowo około 25 rannych.

d/ Dywizja /18-19.000 ludzi/ jest zabezpieczana przez batalion sanitarny /około 460 ludzi/, którego pracą kieruje lekarz dywizji. Podstawowe pododdziały batalionu sanitarnego to: kompania dowodzenia i zaopatrywania, dwie kompanie sanitarne /identyczne jak w brygadzie/oraz zapasowa kompania sanitarna. Organizację batalionu sanitarnego dywizji przedstawia załącznik nr 19. Zadaniem batalionu sanitarnego jest udzielanie rannym i chorym pomocy chirurgicznej i internistycznej/, a więc zakres pracy odpowiada naszemu dywizyjnemu punktowi medycznemu/. Batalion sanitarny organizuje 1-2 główne

punkty opatrunkowe /GPO/ w odległości 20-30 km od rubieży styczności wojsk. Poza tym do jego zadań należy:

- organizacja miejsc postoju samochodów sanitarnych i punktów zbiórki rannych oraz kierowanie ewakuacją rannych do GPO i innych urzędzeń sanitarnych szczebla korpusu;
- uzupełnianie stanów osobowych służby sanitarnej jednostek sanitarnych dywizji, brygady i batalionu;
- wzmacnianie podległej służby sanitarnej brygad ruchomymi sekcjami lekarskimi;
- organizacja pralni polowej i dowóz wody do jednostek sanitarnych oraz urządzenie kąpielisk w punktach zabiegów specjalnych w zakresie obrony ABC.

Każda kompania sanitarna batalionu sanitarnego jest w stanie wykonać /w ciągu doby/ około 70 operacji chirurgicznych oraz ewakuować jednorazowo 240 rannych /razem batalion: do 140 operacji oraz ewakuacja jednorazowa 480 rannych/.

Związek taktyczny otrzymuje jako wzmocnienie jeden szpital chirurgiczny /na 90 łóżek/, w którym ranni mają wykonywane zabiegi chirurgiczne /szpital rozmieszcza się w pobliżu GPO dywizji/. Ponadto na korzyść każdej dywizji będą pracować dwa szpitale polowe /po 300 łóżek każdy/, które rozmieszczają się w strefie tyłowej korpusu.

e/ Korpus armijny /KA/ w zasadzie składa się z trzech związków taktycznych brygad i oddziałów rodzajów wojsk i służb, co w sumie wynosi około 80-82.000 ludzi /2 i 3 KA/, natomiast i KA składający się z 4 związków taktycznych posiada stan około 100 000 ludzi. Zabezpieczenie sanitarne organizuje szef służby sanitarnej korpusu podległy bezpośrednio dowódcy korpusu. Jego organem wykonawczym są:

- pułk szpitalny /6 szpitali polowych, 3 szpitale chirurgiczne, tzn. na jeden ZT przypadają 2 szpitale polowe i 1 szpital chirurgiczny - w pułku szpitalnym 1 KA znajduje się 8 szpitali polowych i 4 szpitale chirurgiczne/;
- batalion sanitarny KA /kompania dowodzenia i trzy kompanie sanitarne/ w batalionie sanitarnym 1 KA znajdują się 4 kompanie sanitarne/;
- mieszany batalion sanitarny /kompania dowodzenia i zaopatrywania, kompania zbiórki rannych, kompania materiałów sanitarnych oraz zapasowa kompania sanitarna/;
- batalion transportu rannych /kompania dowodzenia i zaopatrywania, trzy kompanie samochodów sanitarnych, kompania ciężkich samochodów sanitarnych/;
- polowe: laboratoria /higieniczne, chemiczne i weterynaryjne/, ośrodek stomatologiczny, prosektorium.

Organizację jednostek sanitarnych korpusu przedstawiają załączniki nr nr 20,21 a ich możliwości leczniczo-ewakuacyjne załącznik nr 22. Załącznik nr 23 przedstawia aktualne jednostki sanitarne poszczególnych korpusów.

Zadania szefa służby sanitarnej korpusu są nieco inne od zadań szefa służby zdrowia armii /polskiej/, gdyż szef korpusu prowadzi działalność leczniczą w posiadanych szpitalach. Kierunek ruchu rannych w zabezpieczeniu sanitarnym KA oraz wariant rozmieszczenia urządzeń sanitarnych i znaki taktyczne służby sanitarnej RFN przedstawiają załączniki nr nr 24,26.

Szpitala polowe /pojemność 300 łóżek/ są rozwijane w obszarze tyłowym korpusu w ilości po dwa szpitale na każdy związek taktyczny. Są to szpitale wieloprofilowe. W każdym z nich można przeprowadzić do 36 ciężkich operacji chirurgicznych. Szpitale chirurgiczne /na 90 łóżek/ są jednostkami sanitarnymi mniejszymi, bardziej ruchliwymi. Pracują na korzyść poszczególnych związków taktycznych, a ich możliwości pozwalają również na wykonanie około 36 ciężkich operacji. Organizację szpitali przedstawiają załączniki nr nr 27-28.

W składzie pułku szpitalnego znajdują się również lekarskie grupy specjalistyczne, które po przydzieleniu ich do GPO dywizji lub szpitala mogą sprofilować jego działalność zgodnie ze swoją specjalnością. Przeciętnie każda grupa jest w stanie wykonać około 8-12 operacji w ciągu doby.

Batalion sanitarny KA /około 460-600 ludzi/ organizuje korpusne główne punkty opatrunkowe, prowadzi ewakuację rannych z GPO dywizji do GPO korpusu lub szpitali korpusnych, ewentualnie obszaru kraju, tworzy punkty zbiórki rannych. Każda z kompanii sanitarnych może wykonać do 100 operacji chirurgicznych /oraz ewakuować jednorazowo 240 rannych/ batalion: do 300 operacji i ewakuacja 720 rannych.^{x/} Organizację batalionu sanitarnego KA przedstawia załącznik nr 29.

Mieszany batalion sanitarny /stan 731 ludzi/ składa się z: kompanii dowodzenia i zaopatrywania, kompanii zbiórki rannych, kompanii materiałów sanitarnych oraz zapasowej kompanii sanitarnej. Organizację mieszanego batalionu sanitarnego przedstawia załącznik nr 31. Do podstawowych zadań batalionu należy kontynuacja opieki nad rannymi, którym udzielono pomocy w GPO /dywizji, korpusu/ oraz kierowanie ich ewakuacją do szpitali obszaru kraju, zaopatrywanie oddziałów sanitarnych w sprzęt i materiały sanitarne oraz uzupełnianie stanów osobowych oddziałów sanitarnych.

Kompania zbiórki rannych może rozwinąć do 4-8 punktów zbiórki rannych oraz objąć opieką około 1800 rannych.

x/ Różne możliwości udzielania pomocy przez plutony chirurgiczne kompanii sanitarnych /brygad, dywizji lub korpusu/ wynikają z innej organizacji tych plutonów - załącznik nr 30.

Kompania materiałów sanitarnych pobiera materiały sanitarne z magazynów i tworzy do 4 korpuśnych punktów zaopatrywania oddziałów sanitarnych korpusu /każda jednostka sanitarna poszczególnych szczebli organizacyjnych jest odpowiedzialna za zaopatrywanie podległych oddziałów sanitarnych w sprzęt i materiały sanitarne/. W kompanii materiałów sanitarnych jest wykonywany remont sprzętu sanitarnego o pracochłonności nie przekraczającej 48 roboczogodzin. Zdolności przewozowe tej kompanii wynoszą około 300 ton.

Batalion transportu rannych /stan 705 ludzi/ składa się z: kompanii dowodzenia i zaopatrywania, trzech kompanii samochodów sanitarnych oraz kompanii ciężkich samochodów sanitarnych. Wyposażona jest w samochody sanitarne 1,5-tonowe /m-ki Unimag/, 5-tonowe /m-ki Grossraum/ oraz autobusy sanitarne. Łączna zdolność przewozowa /w jednym rejsie/ wynosi około 2000 rannych /3 kompanie samochodów sanitarnych po 360 rannych i kompania ciężkich samochodów sanitarnych - 960/.

Porównawcze możliwości przewozowe transportu sanitarnego poszczególnych szczebli organizacyjnych przedstawia załącznik nr 32, a organizację batalionu transportu rannych - załącznik nr 33.

Działalność leczniczą na obszarze kraju będą prowadzić szpitale rezerwowe podległe lekarzowi okręgu wojskowego. W zasadzie oddział sanitarny okręgu wojskowego dysponuje tylko dwiema podstawowymi jednostkami sanitarnymi.

Są to: pułk szpitali rezerwowych oraz mieszany batalion sanitarny. Strukturę organizacyjną jednostek sanitarnych podległych lekarzowi okręgu wojskowego przedstawia załącznik nr 34.

Pułk szpitali rezerwowych składa się z: plutonu dowodzenia grup szpitali rezerwowych /do 30 grup w pułku/ oraz lekarskich grup specjalistycznych /do 36 grup/. W grupie szpitali rezerwowych przeciętnie znajduje się 5 szpitali rezerwowych o łącznej pojemności 1000 miejsc /pułk szpitali rezerwowych posiada około 30 000 miejsc dla rannych i chorych/. Wieloprofilowość szpitali umożliwia pełne leczenie, a przedzielane w razie potrzeby lekarskie grupy specjalistyczne pozwalają dodatkowo na sprofilowanie poszczególnych szpitali w zależności od istniejących potrzeb.

Udzielanie pierwszej pomocy na polu walki przez personel drużyny sanitarnej batalionu /czy też sekcje sanitarne tej drużyny przydzielane na czas walki do poszczególnych kompanii/ prawdopodobnie okaże się niewystarczające. W celu umożliwienia wszystkim rannym otrzymania pierwszej pomocy na polu walki prowadzone jest szkolenie wszystkich żołnierzy w wymiarze 20 godzin pod kątem udzielania pierwszej pomocy. Na szczeblu brygady szkoli się nieetatowych sanitariuszy /około 50/, którzy są pomocnikami personelu służby zdrowia w awaryjnych sytuacjach. Pomoc lekarska jest udzielana począwszy od szczebla batalionu /w skromnym zakresie/ a na szczeblu brygady i dywizji udzielana jest

zarówno pomoc lekarska, jak i pomoc chirurgiczna /zwłaszcza w przydzielanych szpitalach chirurgicznych i polowych/. Przejęcie przez przydzielane szpitale udzielania pomocy chirurgicznej pozwala batalionowi sanitarnemu dywizji skoncentrować się na prowadzeniu ewakuacji z podległych oddziałów sanitarnych oraz na prowadzeniu prawidłowej segregacji rannych. We wszystkich dostępnych materiałach autorzy są zgodni, że w wypadku wojny będzie można obsadzić jedynie 1/3 stanowisk chirurgicznych, a na pozostałe stanowiska trzeba będzie skierować lekarzy o pokrewnych specjalnościach.

Przewiduje się, że na czas wojny służba sanitarna będzie korzystać z cywilnego personelu sanitarnego. /lekarzy, pielęgniarek/, gdyż własna wojskowa akademія medyczna /w m. Monachium/ nie jest w stanie zapewnić wystarczającej ilości wojskowych lekarzy.

Niezależnie od oddziału sanitarnego poszczególnych okręgów wojskowych istnieje również służba sanitarna podległa dowództwu sanitarnemu dowództwa terytorialnego. Przeważnie w jej składzie znajduje się /załącznik nr 35/:

- kompania dowodzenia;
- bataliony sanitarne;
- pociągi sanitarne;
- okręty transportu rannych;
- eskadra śmigłowców sanitarnych;
- laboratoria: higieniczne, chemiczne i weterynaryjne;
- prosektorium polowe.

5. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej.

/Streszczenie artykułu mjr. lek. Zb. Kliszczka
zawartego w Myśli Wojskowej nr 1 z 1974 roku/.

Szefowie służby zdrowia podlegają dowódcom ogólnowojskowym pod względem operacyjnym, a szefom służby medycznej wyższego szczebla pod względem fachowym.

Główne zadania służby medycznej są podobne do zadań służby zdrowia Wojska Polskiego, a ponadto zawierają obowiązek ustalania stanu zabezpieczenia medycznego nieprzyjaciela.

Ogólny plan ewakuacji i leczenia na teatrze działań wojennych /TDW/ opracowuje szefostwo służby zdrowia TDW, a realizuje go służba medyczna rodzajów sił zbrojnych TDW.

Zgodnie z planem ewakuację porażonych prowadzą "do siebie" wyższe organy służby medycznej własnymi siłami. Wywóz rannych i chorych z walczących oddziałów jest obowiązkiem oddziałów tyłowych. Zasada ta obowiązuje wszystkie ogniwa obsługi medycznej. W każdym rzucie tyłowym rozwija się określoną ilość środków ewakuacyjnych i szpitalnych wychodząc z potrzeb wojsk i przewidywanej ilości rannych.

Na wszystkich etapach ewakuacji pomoc medyczna winna być ujednolicona i zapewniać ciągłość leczenia chorych i rannych /w tym również w czasie transportu/. Na każdym kolejnym etapie medycznym ranni i chorzy powinni otrzymać rozszerzoną i bardziej kwalifikowaną pomoc medyczną: w kompanijnych

punktach zbiórki rannych - pierwszą pomoc medyczną, w batalionowym i brygadowym punkcie medycznym - pomoc lekarską, w dywizyjnym punkcie medycznym - pomoc lekarską - oraz segregację kwalifikowaną /chirurgiczną/, w ruchomych szpitalach chirurgicznych oraz ewakuacyjnych korpusu lub armii - kwalifikowaną pomoc lekarską, a w szpitalach strefy komunikacji - specjalizowaną pomoc lekarską.

Służbę medyczną zaleca się zbliżać do wojsk walczących tak w czasie, jak i przestrzeni oraz dążyć do przywrócenia maksymalnej ilości rannych w krótkim czasie do szeregów walczących.

Organizacja i zadania

- a/ Na szczeblu kompanii nie ma organicznej służby medycznej. Na czas walki kompania działająca w pierwszym rzucie otrzymuje z batalionu sekcję sanitarną w składzie 3-4 sanitariuszy /ze środkami transportu/, która zajmuje się wynoszeniem rannych z pola walki i udzielaniem im pierwszej pomocy oraz grupowaniem ich w kompanijnych punktach zbiórki rannych.
- b/ Na czele służby medycznej batalionu stoi jej szef - lekarz, który ma do dyspozycji pluton medyczny /skład: 1 lekarz, 35 podoficerów i szeregowców/. Organizacja plutonu medycznego: grupa dowodzenia /2 osoby/, sekcja punktu medycznego /6 osób/, sekcja sanitariuszy /15 osób/, sekcja ewakuacyjna /13 osób/.

Wyposażenie: 3 opancerzone transportery sanitarne /2 miejsca leżące, 2 miejsca siedzące/, 3 samochody sanitarne, ambulatorium na samochodzie, samochód ciężarowy, wóz dowodzenia, 4 radiostacje. Pluton medyczny rozwija batalionowy punkt medyczny, w którym udzielana jest pomoc lekarska. Sekcja sanitariuszy jest rozdzielana do poszczególnych kompanii.

- c/ Na szczeblu brygady jest szef służby medycznej i 1 sanitariusz - kierowca. Brygada nie posiada organicznej służby zdrowia. Na czas walki może otrzymać kompanię medyczną z batalionu medycznego dywizji. W takim przypadku jest rozwijany brygadowy punkt medyczny o zakresie pomocy lekarskiej i kwalifikowanej segregacji rannych /możliwości udzielania pomocy 80-100 rannym^x /.
- d/ Służba medyczna dywizji kieruje jej szef, dysponujący sekcją medyczną /4 oficerów, 4 sanitariuszy/. Podstawowym elementem na szczeblu dywizji jest batalion medyczny /400 ludzi/ składający się z : dowództwa i sztabu, kompanii dowodzenia i zaopatrzenia, 3 kompanii medycznych. Posiada: 58 samochodów ciężarowych, 22 samochody terenowe 0,25 t, 48 samochodów sanitarnych 0,75 t, 68 przyczep, 31 radiostacji, 5 central telefonicznych, 2 dalekopisy. Batalion medyczny może rozwinąć 3 dywizyjne punkty medyczne w odległości 20-30 km od walczących wojsk. Udzielana jest w nim kwalifikowana pomoc lekarska. Możliwości udzielania pomocy około 300 rannym. Dywizje
x/ Wg Orłowskiego T.1 wsp.

działające w pierwszym rzucie mogą otrzymać jako wzmocnienie ruchomy szpital chirurgiczny /na 60 łóżek/, eskadrę śmigłowców sanitarnych /do 10 sztuk/ oraz personel medyczny z grupy specjalistów.

e/ Na szczeblu korpusu armijnego znajduje się również szef służby medycznej.

Do wykonania zabezpieczenia medycznego może on otrzymać ze składu brygady medycznej armii wysuniętą grupę medyczną /dowództwo, sztab, 2 bataliony medyczne, 4 szpitale ewakuacyjne, 1 eskadrę śmigłowców sanitarnych, 1 grupę specjalistów/.

f/ Na szczeblu armii polowej znajduje się szef służby medycznej. Zabezpieczenie medyczne organizuje brygada medyczna składająca się z 3 wysuniętych grup medycznych oraz armijnej tyłowej grupy medycznej. Ponadto brygadzie medycznej mogą podlegać następujące jednostki medyczne: 8 batalionów medycznych, 15 kompanii medycznych/segregacyjnych/, 15 kompanii samochodów sanitarnych, 3 kompanie sanitariuszy, 3 eskadry śmigłowców sanitarnych, 12 ruchomych szpitali chirurgicznych /60 łózkowych/, 24 szpitale ewakuacyjne /400 łózkowe/, 4 grupy specjalistyczne/medycznego wzmocnienia/, armijny ośrodek ozdrowieńców, 1 oddział sanitarno-przeciwepidemiczny, 1 armijny skład medyczny, 1 laboratorium armijne.

Oprócz ewakuacji, leczenia i rozmieszczania rannych w szpitalach strefy tyłowej służba medyczna armii zaopatruje walczące oddziały w sprzęt medyczny i leki /każdy oddział służby medycznej jest odpowiedzialny za dostarczanie sprzętu medycznego i leków do podległych ogniw organizacyjnych/.

6. SZWAJCARIA

Z dostępnych materiałów nie wynika aktualna podległość wojskowej służby zdrowia szczebla centralnego. W Grupie Szkolenia /odpowiednik Inspektoratu Szkolenia/ znajduje się Oddział Wojskowy Medyczno-Sanitarny zajmujący się szkoleniem wojskowego personelu służby zdrowia.

Siły lądowe Szwajcarii są zorganizowane w korpusy o następującym składzie: trzy dywizje /piechoty, zmechanizowana graniczna/, brygada terytorialna oraz oddziały pomocnicze: inżynieryjno-saperskie, policji drogowej, pułk piechoty.

W składzie każdej dywizji występuje batalion medyczno-sanitarny o nieustalonej organizacji i możliwościach udzielania pomocy medycznej. Należy przypuszczać, że w sztabie dywizji występuje przedstawiciel służby zdrowia - lekarz, który odpowiada za zabezpieczenie medyczne oddziałów i pododdziałów dywizji.

Szkolenie w wojskowych szkołach /po ukończeniu studiów na uczelniach cywilnych/ wynosi dla wojsk medyczno-sanitarnych i weterynaryjnych około 90 dni. Otrzymanie przez lekarza pierwszego stopnia oficerskiego /podporucznika/ uwarunkowane jest odbyciem 48-dniowej służby w szkole wojskowej. Przed awansem na kolejne stopnie oficerskie, lekarz musi odbywać odpowiednie kursy.

Na terenie Szwajcarii istnieje Szwajcarski Wojskowy Związek Służby Sanitarnej, liczący 52 oddziały z 3 542 członkami. Związek ten włącza się

również do procesu podnoszenia kwalifikacji oficerów i podoficerów wojskowej służby zdrowia.

Pododdziały służby zdrowia istnieją również w ramach obrony cywilnej. W każdym nowobudowanym lub przebudowywanym szpitalu przewiduje się specjalne pomieszczenia umożliwiające wykonywanie operacji i innych zabiegów lekarskich w warunkach zagrożenia przez nieprzyjaciela. Władze kantonalne mogą zarządzić wykonanie tego typu pomieszczeń w już istniejących szpitalach, koszty pokrywa: rząd federalny w 55-65%, a poszczególne kantony lub gminy pokrywają pozostałe 35-45% kosztów.

Dzięki temu służba zdrowia Szwajcarii może dysponować liczną siecią zakładów leczniczych umożliwiających pracę nawet w warunkach zagrożenia przez nieprzyjaciela, a nieposiadanie polowych urządzeń szpitalnych jest uzależnione przede wszystkim od polityki kraju, który przygotowuje się jedynie do obrony.

7. WIELKA BRYTANIA/WB/

Wojskowa służba zdrowia sił zbrojnych Wielkiej Brytanii /Royal Army Medical Corps/ stanowi około 3,2% stanu liczebnego wojsk lądowych/w przybliżeniu 5000 ludzi/.

Ponadto personel medyczny znajduje się w siłach zbrojnych morskich i powietrznych. Cały stan osobowy służby zdrowia szkolą następujące ośrodki :

- Wojskowa Akademia Medyczna w Millbank /Londyn/
 - Royal Army Medical College;
- Szkoła Weterynarii Wojskowej w Aldershot - Army School of Veterinary;
- Ośrodki szkolenia służby medycznej w Aldershot
 - Military Medical Training Centre.

Oddział Służby Zdrowia w departamencie sił lądowych podlega pod Zarząd Adiutanta Generalnego, natomiast w departamencie sił powietrznych oddział służby zdrowia podlega pod Zarząd Personalny^{x/}. W dowództwie sił lądowych terytorium Wielkiej Brytanii oddział medyczny podlega pionowi "Q" /kwatermistrzowskiemu/, a w Brytyjskiej Armii Renu/BAR/szef służby zdrowia podlega bezpośrednio dowódcy BAR.

W sztabie korpusu służba zdrowia znajduje się w pionie kwatermistrzowskim, natomiast w sztabie trzeciej dywizji odwodu strategicznego służba zdrowia /3 ludzi/ podlega dowódcy dywizji /w sztabie znajduje się również "sekcja higieniczna" będąca odpowiednikiem ambulatorium sztabu /?/.

x/ Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej znajduje się w m.Farnborough, składy sprzętu medycznego w m.Chessington, a wytwórnia tlenu medycznego w m.Cardington.

Szef służby zdrowia dywizji kieruje pracą batalionu medyczno-sanitarnego, z którego może w czasie działań bojowych wydzielić i kompanię medyczno-sanitarną w celu zabezpieczenia medycznego brygady, która nie posiada własnych sił i środków szczebla brygadowego do udzielania pomocy rannym i chorym.

Wojska lotnicze sił zbrojnych WB są zabezpieczane pod względem medycznym przez organiczne jednostki służby zdrowia. Między innymi posiadają Główny Szpital Bazowy w m. Wegberg/RFN/, polowe szpitale lotnicze i eskadry transportu powietrznego rannych. Lotniczy skład sprzętu medycznego /w RFN/ znajduje się w m. Wildenrath. W każdej "stacji lotniczej" znajduje się eskadra zabezpieczenia medycznego.

W brygadzie powietrznodesantowej znajduje się kompania medyczno-sanitarna, organizację wybranych jednostek medycznych /A/ przedstawia załącznik nr 36.

W pułku wojsk specjalnych znajduje się sekcja medyczno-sanitarna, a w brygadzie piechoty morskiej - kompania medyczno-sanitarna /skład i możliwości tych pododdziałów są nieznane/.

Tak jak w każdej armii również w siłach zbrojnych Wielkiej Brytanii służba zdrowia jest odpowiedzialna za ewakuację i leczenie rannych, chorych i porażonych, a ponadto do jej obowiązków należy kontrola sanitarna i szeroko pojęta profilaktyka oraz zaopatrywanie w sprzęt i materiał medy-

czny, /przewiduje się, że dla dywizji - piechoty należy dostarczać drogą powietrzną około 2 ton materiałów medycznych w ciągu doby/.

Pomimo braku szczegółowych materiałów dotyczących służby zdrowia poszczególnych szczebli organizacyjnych sił zbrojnych Wielkiej Brytanii należy przyjąć, że:

- a/ na szczeblu batalionu jest organizowany odpowiednik pułkowego punktu medycznego udzielający pomocy lekarskiej;
- b/ na szczeblu brygady nie występują organiczne pododdziały służby zdrowia, natomiast szef służby zdrowia dywizji może przydzielić kompanię medyczno-sanitarną, której udzielana będzie pomoc lekarska /w pełnym zakresie/, a jednocześnie będzie to miejsce zbiórki rannych;
- c/ na szczeblu dywizji pracuje wysunięty punkt opatrunkowy /odpowiadający pod względem zakresu udzielanej pomocy naszemu dywizyjnemu punktowi medycznemu oraz organizuje się dywizyjny punkt zbiórki rannych. Ponadto dywizja może otrzymać wysunięty szpital chirurgiczny na 60 łóżek/;
- d/ na szczeblu korpusu jest organizowana polowa stacja opatrunkowa na 100-1000 łóżek oraz szpital polowy /wieloprofilowy na 1000 lub więcej łóżek/. W punktach medycznych tego szczebla ranni otrzymują specjalizowaną pomoc lekarską /tak jak w bazie szpitalnej frontu Wojska Polskiego/.

Na obszarze tyłów są organizowane bazy szpitalne na 2000 i więcej łóżek, w których ranni kwalifikujący się do powrotu do szeregów mogą przebywać do wyleczenia, natomiast nie rokujący powrotu do wojsk są ewakuowani do szpitali terytorium kraju. Organizację ewakuacji rannych i chorych na TDW przedstawia załącznik nr 37.

Piśmiennictwo:

- Biuletyn Wywiadowczy, MON - Szt.Gen.
614/72, Warszawa, 1972.
- Bończak J., Drapiewski J., Gawryluk J. - Organizacja i
praca służby medycznej sił lądowych Sta-
nów Zjednoczonych na TDW, Lekarz Wojsko-
wy Tajny nr 2, Warszawa, 1973.
- B.T. x/ Instytut medycyny lotniczej sił powietrz-
nych RFN, WPZ nr 2, Warszawa, 1978.
- B.T. x/ Współczesne aspekty zabezpieczenia me-
dycznego w siłach lądowych RFN, WPZ nr 5,
Warszawa, 1977.
- Charakterystyka Związków Operacyjnych i
Taktycznych Sił Lądowych NATO na środkowo
i północnoeuropejskim TDW, MON - Szt.Gen.
745/75, Warszawa, 1975.
- Deasangle J. - Służba medyczno-sanitarna francuskich
wojsk operacyjnych, WPZ nr 6, Warszawa,
1972.
- Dywizja sił lądowych NATO, MON - Szt. Gen.
552/71, Warszawa, 1971.
- Gawryluk J. - Organizacja służby medycznej sił lą-
dowych NRF, Lekarz Wojskowy Tajny nr 2,
Warszawa, 1971.
- Gramberg H.E. - Nowa organizacja służby medyczno-sa-
nitarnej holenderskich sił zbrojnych, WPZ
nr 4, Warszawa, 1971.

x/ B.T. - w oryginale: T.B. - Tadeusz Boszkiewicz.

- Grupa armii, armia polowa i korpus armijny w podstawowych rodzajach działań bojowych, MON - Szt.Gen.Zarz.II, Warszawa 71.
- Informator o siłach lądowych Francji, MON - Szt.Gen.666/73, Warszawa, 1973.
- Informator o siłach zbrojnych głównych państw kapitalistycznych, MON - Szt.Gen.Zarz.II, Warszawa, 1968.
- Informator o siłach zbrojnych Wielkiej Brytanii, MON - Szt.Gen.695/74, Warszawa, 1974.

Kliszcz Zb.- Zabezpieczenie medyczne w wojskach lądowych Stanów Zjednoczonych, Myśl Wojskowa Tajna nr 1, Warszawa, 1974.

Kliszcz Zb.- Zabezpieczenie medyczno-sanitarne w siłach lądowych RFN, Myśl Wojskowa Tajna nr 3, Warszawa, 1974.

- Krótki informator o siłach zbrojnych Austrii i Szwajcarii, MON-Szt.Gen., Warszawa, 1967.
- Krótki informator o siłach zbrojnych Francji, MON-Szt.Gen.Zarz.II, Warszawa, 1964.
- Materiał do vademecum operacyjnego -st. K- tury organizacyjne sił zbrojnych NRF, Francji, W.Brytanii, Danii i Holandii, Część I, MON, Warszawa, 1971.

Nonn K. - Taktyka i organizacja służby zdrowia nowoczesnej armii, WPZ nr 6, Warszawa, 1960.

Orłowski T., Owczarczyk B., Badowski A.- Organizacja pomocy chirurgicznej w armiach głównych państw NATO, Lekarz Wojskowy nr 4, W-wa 77.

Poncy R. - Niektóre problemy zabezpieczenia medycznego działań wojennych we francuskich siłach lądowych, WPZ nr 1, Warszawa, 1978.

Porzuczek Cz.-Wybrane zasady logistycznego zabezpieczenia pododdziałów, oddziałów i związków taktycznych Bundeswehry, ASG WP, Warszawa, 1976 /bibl.schematów RWN-490 pf 14/.

Riedel K.P.-Służba medyczno-sanitarna sił lądowych,^{x/} WPZ nr 1, Warszawa, 1975.

- System zabezpieczenia logistycznego sił lądowych RFN, MON, Szt.Gen. - Zarząd II, Warszawa, 1974.

- System zaopatrywania i obsługi sił zbrojnych Francji, MON - Szt.Gen.

Zarząd II, Warszawa, 1970.

T.B. Współczesne kierunki działania służby zdrowia sił powietrznych RFN, WPZ nr 1, Warszawa, 1977.

Wróblewski L.-Służba medyczno-sanitarna sił zbrojnych Francji, ASG WP, Warszawa, 1973.

x/ Dotyczy Republiki Federalnej Niemiec.

Wydrukowano w 30 egz.

Egz. nr 1-30 Bibl.Gł.OZS

Wyk.ppłk Wróblewski

Druk.Cz.B.dn.26.07.1978r.

Nr 0360/01426/WW

Kor.N.E.

1	2	3	4
	KORPUS ARMIJNY		
szerokość pasa	do 40	50-60	30-60
głębokość bliższego zadania:	30-40	30-35	30-40
dalszego	do 70	60-80	60-80
tempo natarcia w km/godz.	30-60	30-70	35-45
B/ <u>Obrona</u>			
	BRYGADA		
szerokość pasa/odcinka/	10	do 12	10-15
głębokość	6-8	8-12	do 10
	DYWIZJA		
szerokość pasa	20-25	25-30	25-35
głębokość	25-30	25-30	do 30
	KORPUS ARMIJNY		
szerokość pasa	40-50	60-80	40-100
głębokość	40-50	60-120	do 100

Załącznik nr 2

Organizacja i wyposażenie plutonu zbiórki rannych batalionu wsparcia logistycznego brygady/F/

pluton zbiórki rannych
grupa dowodzenia
3 grupy punktów ratunkowych
3 grupy samochodów sanitarnych

Stan: 63 ludzi, 25 pojazdów.

Występuje: batalion wsparcia logistycznego brygady zmechanizowanej /pancernej/.

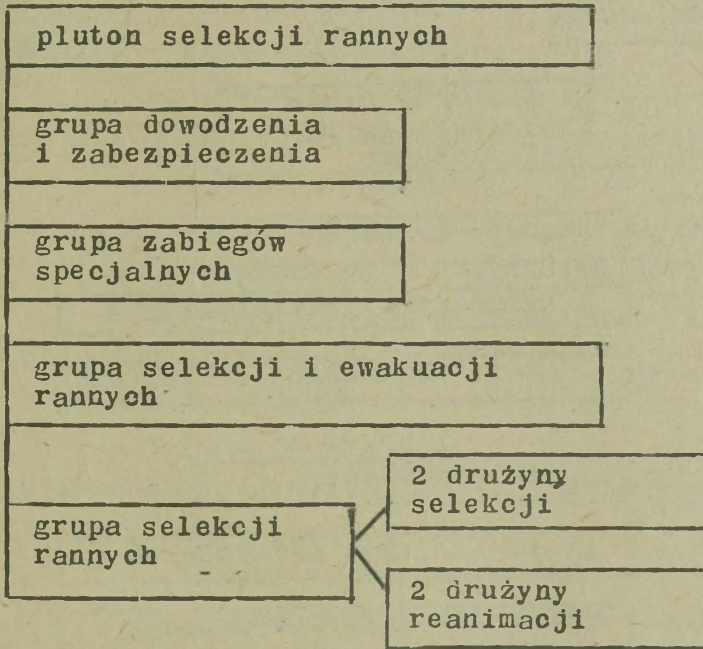
Zadania: - ewakuowanie rannych z punktów ratunkowych pododdziałów do centralnego punktu selekcji;
- wzmacnianie punktów ratunkowych pododdziałów;
- reaktywowanie zniszczonych punktów ratunkowych pododdziałów;
- organizowanie dodatkowych punktów ratunkowych dla pododdziałów.

Posiada: - radiostacje;
- 15 samochodów sanitarnych /po 5 samochodów sanitarnych w każdej grupie/.

Możliwości: -pojemność 1 samochodu sanitarnego - 4-5 rannych;
-pojemność 3 grup samochodów sanitarnych-60-75 rannych.

Załącznik nr 3

Organizacja i wyposażenie plutonu selekcji rannych
batalionu wsparcia logistycznego brygady /F/



Stan: 70 ludzi, 13 pojazdów.

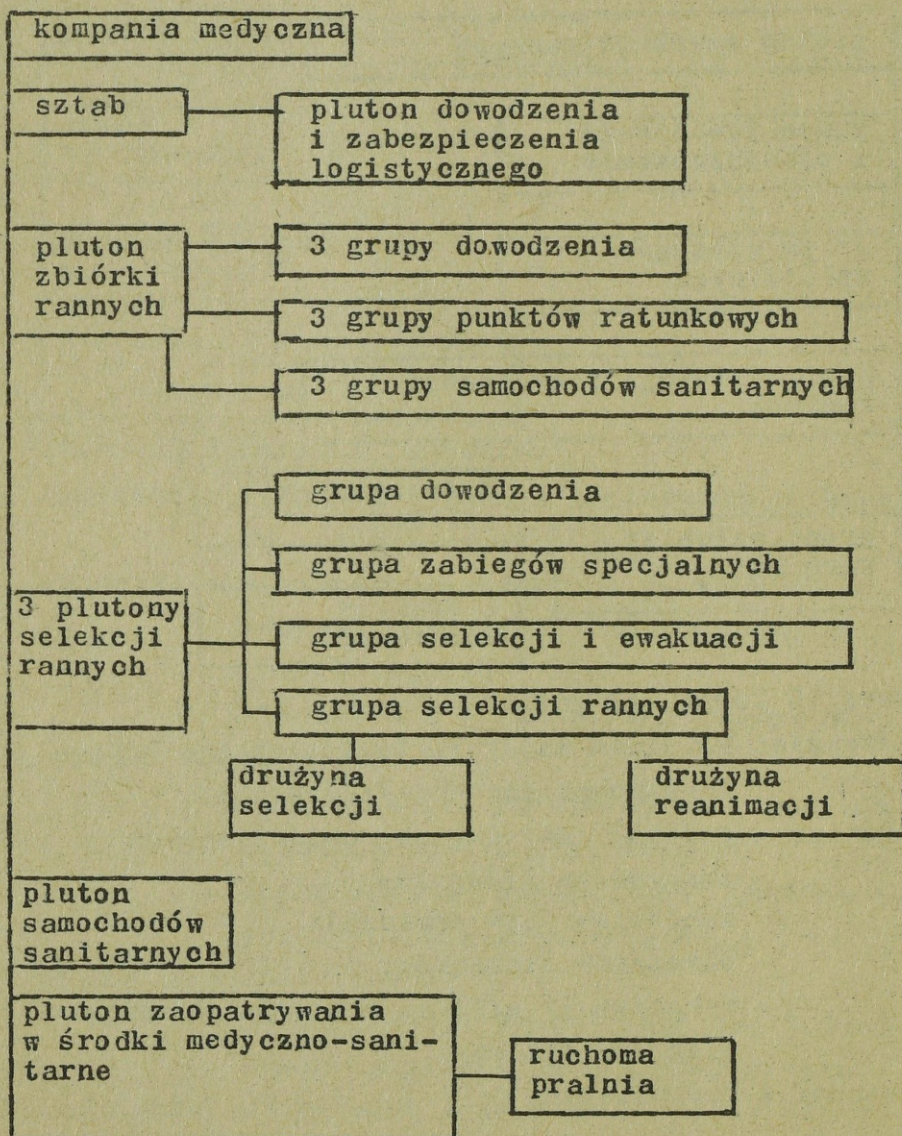
Występuje: batalion wsparcia logistycznego brygady zmechanizowanej /pancernej/.

- Zadania:
- podział rannych, napromieniowanych i chorych na kategorie;
 - zabezpieczenie ewakuacji;
 - odkażanie skażonych;
 - wykonywanie pilnych zabiegów chirurgicznych /wyjątkowo/.

Posiada: 4 radiostacje.

Załącznik nr 4

Organizacja i wyposażenie kompanii medycznej pułku wsparcia logistycznego dywizji /F/



Stan: 350 ludzi, 100 pojazdów.

Występuje: pułk wsparcia logistycznego dywizji
zmechanizowanej /pancernej/, w armii
jako odwód medyczny.

Zadania: - zbieranie rannych;
- selekcja rannych;
- przygotowanie rannych do ewakuacji;
- odkażanie rannych;
- udzielanie pierwszej pomocy medycznej
organicznym pododdziałom dywizji;
- wzmacnianie służby zdrowia brygad.

Posiada: - kilka radiostacji;
- 25 samochodów sanitarnych;
- ruchomą pralnię.

Możliwości: - segregacja 300-500-900 rannych;
- reanimacja 15;
- zabiegi chirurgiczne 2-3;
- odkażanie - 50 osób na godzinę.

Załącznik nr 5

Organizacja i wyposażenie kompanii medycznej jednostek korpuśnych oraz kompanii wsparcia logistycznego korpusu armii/F/

kompania medyczna jednostek korpuśnych

pluton dowodzenia

pluton zabezpieczenia logistycznego

pluton zbiórki rannych

2 plutony selekcji rannych

pluton zaopatrywania w środki med.-san.

Stan: 175 ludzi, 50 pojazdów.

Zadania: - zabezpieczenie medyczne jednostek korpusu armijnego;
- branie udziału w ogniskach masowych strat.

kompania wsparcia logistycznego korpusu armii

pluton dowodzenia

pluton zabezpieczenia logistycznego

pluton zbiórki rannych

2 plutony selekcji rannych

Stan: ludzi i pojazdów nieznany.

Zadania: - zabezpieczenie medyczne organicznych jednostek korpusu armijnego;
- branie udziału w ogniskach masowych strat.

Załącznik nr 6

Organizacja i wyposażenie dywizyjnego wysuniętego szpitala chirurgicznego/F/

dywizyjny wysunięty szpital chirurgiczny

kierownictwo

pododdział administracyjny
i służby ogólne

oddział selekcji - ewakuacji
rannych

oddział zabiegowy

oddział szpitalny

grupa zabiegów
specjalnych

Stan: 150 ludzi, 30 pojazdów.

Występuje: bazy logistyczne dywizji i przednie
zgrupowanie logistyczne armii.

Zadania: - leczenie rannych;
- odkażanie skażonych;
- przygotowanie rannych do ewakuacji.

Posiada: - 3 sale operacyjne;
- 2 ekipy chirurgów;
- 2 ekipy reanimacyjno-transfuzyjne;
- 100 łóżek;
- całkowicie zmotoryzowany /długość ko -
lumny 1450 m/.

Możliwości: - 20 zabiegów chirurgicznych dużych
/40 małych/;
- odkażanie 50 ludzi na godzinę.

Pracuje: - w budynkach lub namiotach, wymagana po-
wierzchnia 3 ha, czas rozwijania 12 godz.;
- pierwszych pacjentów przyjmuje po 3 godz.

Załącznik nr 7

Organizacja i wyposażenie chirurgicznego szpitala ewakuacyjnego/F/

chirurgiczny szpital ewakuacyjny	
kierownictwo	grupa dowodzenia
służby ogólne i administracyjne	
oddział segregacji i ewakuacji	
oddział chirurgiczny	
oddział szpitalny	
grupa radiologiczna	
grupa zabiegów specjalnych	
laboratorium chemiczne i apteka	

Stan: 300 ludzi, 50 pojazdów.

Występuje: strefa tyłowa armii lub zgrupowanie logistyczne.

Zadania: leczenie rannych ogólnochirurgicznych.

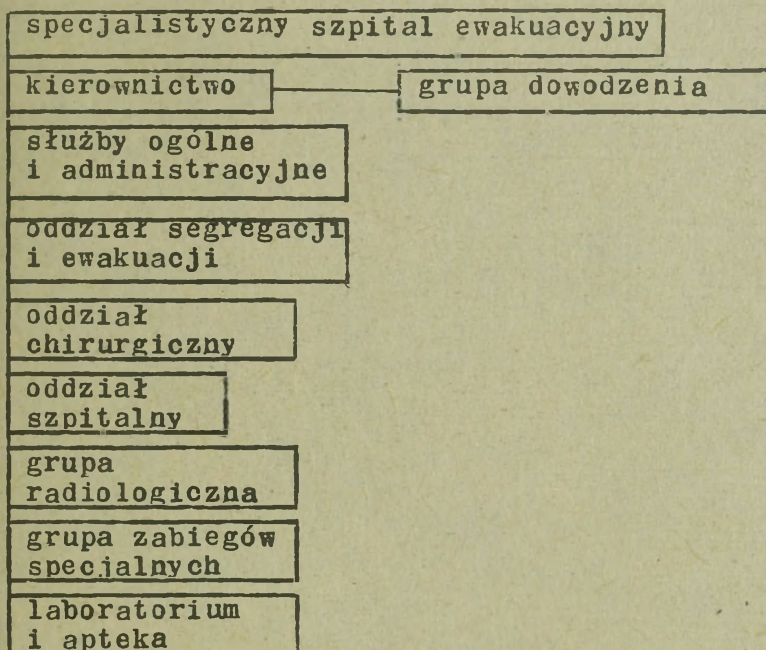
Posiada: - 400 łóżek;
- 8 sal operacyjnych;
- 4 ekipy chirurgiczne;
- 4 ekipy reanimacyjno-transfuzyjne.

Możliwości: - 60-80 zabiegów chirurgicznych dużych /ew.120,160 małych/;
- jest podzielony na dwa szpitale;
- odkażanie 50 ludzi na godzinę.

Pracuje: - w budynkach lub namiotach /wymagana powierzchnia 6 ha/;
- czas rozwijania 18-24 godzin;
- przyjmowanie pierwszych rannych po 8-10 godzinach;
- przemieszcza się w 1 lub 2 rzutach po przydzieleniu ok. 25 samochodów.

Załącznik nr 8

Organizacja i wyposażenie specjalistycznego szpitala ewakuacyjnego/F/X/



Stan: 300 ludzi, 50 pojazdów.

Występuje: streża tyłowa armii lub zgrupowanie logistyczne.

Zadania: udzielanie pomocy specjalistycznej.

Posiada: - 400 łóżek;
- 9 sal operacyjnych;
- 5 ekip chirurgicznych;
- 3 ekipy reanimacyjno-transfuzyjne.

Możliwości: - 40-50 zabiegów chirurgicznych;
- odkażanie 50 ludzi na godzinę;
- wykonuje zabiegi chirurgiczne a ponadto: okulistyczne, laryngologiczne, neurochirurgiczne, urologiczne, szczękowe.

Pracuje: - w budynkach lub namiotach /wymagana powierzchnia 6 ha/;
- czas rozwijania 18-24 godzin;
- przemieszcza się w dwóch rzutach własnym transportem lub po przydzieleniu 25 samochodów może przemieścić się w jednym rzucie.

x/ Wg Poncy R. został rozformowany/?/

Załącznik nr 9

Organizacja i wyposażenie internistycznego szpitala ewakuacyjnego/F/

internistyczny szpital ewakuacyjny

kierownictwo

służby ogólne
i administracyjne

oddział segregacji
i ewakuacji

oddział
reanimacji

oddział
szpitalny

grupa lekarzy
internistów

grupa leczenia
poparzonych

grupa
radiologiczna

laboratorium

apteka

Stan: 300 ludzi, 50 pojazdów.

Występuje: strefa tyłowa armii lub zgrupowanie logistyczne.

Zadania: - leczenie chorych, zatrutych gazami, napromienionych i oparzonych /nie rannych/;
- wykonywanie zadań szpitala chirurgicznego po przydzieleniu grupy chirurgów.

Posiada: - 400 łóżek;
- 2 sale operacyjne;
- 3 ekipy reanimacyjno-transfuzyjne.

Możliwości: - gdy profil chorych jest jednorodny:

- 400 napromienionych lub
- 150 oparzonych lub
- 100 zagazowanych i 50 chorych;

- gdy profil chorych jest różnorodny, to możliwości udzielania pomocy ulegają zmniejszeniu.

Pracuje: - w budynkach lub namiotach /powierzchnia 6 ha/;

- czas rozwijania lub zwijania 12 godzin;
- pierwsi chorzy są przyjmowani po 6 godzinach.

Załącznik nr 10

Organizacja i wyposażenie ruchomej grupy chirurgicznej oraz ruchomej ekipy chirurgicznej/F/x/

ruchoma grupa chirurgiczna

3 ekipy
chirurgiczne

3 ekipy reanimacyjno-
transfuzyjne

Stan: 45 ludzi.

Zadania: - wzmacnianie istniejącego bloku chirurgicznego;
- tworzenie nowego bloku chirurgicznego.

Posiada: - sprzęt chirurgiczny;
- własne środki transportu.

ruchoma ekipa chirurgiczna

2 chirurgów

2 transfuzjologów

1 pielęgniarka

3 sanitariuszy

1 kierowca

Stan: 9 ludzi, 1 pojazd.

Zadania: wzmacnia blok chirurgiczny w rozwiniętym szpitalu /nie może pracować samodzielnie/.

Posiada: 1 samochód,
/sprzętu chirurgicznego nie posiada/.

x/ Wg Poncy R. zostały rozformowane/?/

Załącznik nr 11

Organizacja i wyposażenie ruchomego laboratorium polowego oraz wydzielonej grupy chirurgicznej powietrznodesantowej /F/

ruchome laboratorium polowe

grupa administracyjna

grupa techniczna

- sekcja bakteriologiczna
- sekcja sero-hematologiczna
- sekcja chemiczno-biologiczna
- sekcja anatomopatologiczna
- sekcja atomistyczna

2 sekcje ruchome

Stan: 100 ludzi, ilość pojazdów nieznana.

Zadania: - prowadzenie rozpoznania epidemiologicznego;
- wykonywanie analiz użycia broni ABC.

Możliwości: czas zwijania /rozwijania/ urządzeń 4-8 godzin.

wydzielona grupa chirurgiczna powietrznodesantowa:

chirurgiczna ekipa spadochronowa

chirurgiczna ekipa przewożona drogą powietrzną

Stan: zależy od potrzeb.

Zadania: - wsparcie medyczno-chirurgiczne DPDes;
- wsparcie medyczno-chirurgiczne oddziałów walczących w izolacji.

Możliwości: - zebranie i opatrzenie 100 rannych;
- wykonanie 10 operacji chirurgicznych.

Załącznik nr 12

Organizacja i wyposażenie kompanii dezynfekcji i dezynsekcji oraz wysuniętego plutonu zaopatrywania sanitarnego/F/

kompania dezynfekcji i dezynsekcji

pluton dowodzenia

pluton dezynfekcji

2 plutony dezynsekcji

Stan: 85 ludzi, ilość pojazdów nieznana.

Zadania: - stosowanie środków profilaktycznych;
- wzmacnianie pododdziałów odkażeń /wyjątkowo/.

Możliwości: - dezynfekcja 120 ludzi na godzinę;
- odkażanie 50 ludzi na godzinę.

Posiada: - transport samochodowy;
- ruchomą łaźnię i punkt odkażania;
- aparaturę do spryskiwania i rozpylania.

wysunięty pluton zaopatrywania sanitarnego

brak danych o organizacji

Posiada: pralnię polową.

Występuje: jest przydzielany do kompanii medycznej w dywizji.

Zadania: - zaopatrywanie w medykamenty i sprzęt medyczny;
- pranie bielizny plutonów, zbierania rannych i bielizny operacyjnej.

Możliwości: - obsługuje skład medyczny dla 15 - 20000 żołnierzy na okres 7 dni.

Załącznik nr 13

Organizacja i wyposażenie kompanii remontu i obsługi sprzętu medycznego oraz kompanii transportu sanitarnego/F/

kompania remontu i obsługi
sprzętu medycznego

pluton dowodzenia
i obsługi

pluton
remontu

grupa napraw ogólnych
grupa napraw optyki
grupa napraw protez
dentystycznych

pluton
magazynowy

Stan: ilość ludzi i pojazdów nieznana.

Występuje: zgrupowanie logistyczne armii.

Zadania: - dokonywanie napraw sprzętu medycznego;
- zaopatrywanie w środki medyczne używane nieregularnie.

Posiada: - 100 łóżek szpitalnych;
- zestaw dla ośrodka dermatologiczno-venereologicznego;
- zestaw do zamrażania krwi.

Możliwości: - obsługuje skład o pojemności 170 ton sprzętu medycznego;
- wykonuje naprawy sprzętu medycznego

kompania transportu sanitarnego

3 plutony samochodów
sanitarnych

Stan: ludzi nieznany, samochodów sanitarnych 69.

Zadania: - ewakuacja rannych do szpitali lub punktów załadowniczych.

Możliwości: - 300 rannych jednorazowo /6-8 siedzących lub 4 leżących/.

Uwaga: kompania transportu sanitarnego nie jest jednostką służby zdrowia lecz wojsk transportowych. W każdym plutonie posiada 20 samochodów sanitarnych oraz 3 samochody sanitarne zapasowe /20 + 3 x 3 plutony = 69 samochodów sanitarnych/.

Załącznik nr 14

Organizacja i wyposażenie kompanii zaopatrywania służby zdrowia oraz plutonu zaopatrywania w krew /F/

kompania zaopatrywania służby zdrowia

pluton dowodzenia
i obsługi

4 plutony zaopatrywania
medycznego

pluton sprzętu
szpitalnego

Stan: 100 ludzi, ilość pojazdów nieznana.

Występuje: zgrupowanie logistyczne armii.

Zadania: zaopatrywanie w środki medyczne.

Posiada: - 50 łóżek szpitalnych /w plutonie sprzętu szpitalnego/;
- zaopatrzenie w materiał sanitarny dla 30 000 żołnierzy na 1 miesiąc.

Uwaga: własny transport nie wystarcza do przemieszczenia składu.

pluton zaopatrywania w krew

grupa
dowodzenia

grupa
magazynowania

grupa
odbioru krwi

Stan: 45 ludzi, ilość pojazdów nieznana.

Występuje: zgrupowanie logistyczne armii.

Zadania: - gromadzenie krwi;
- przechowywanie krwi;
- wydawanie krwi.

Posiada: - 2 przyczepy z aparaturą do wytwarzania lodu;

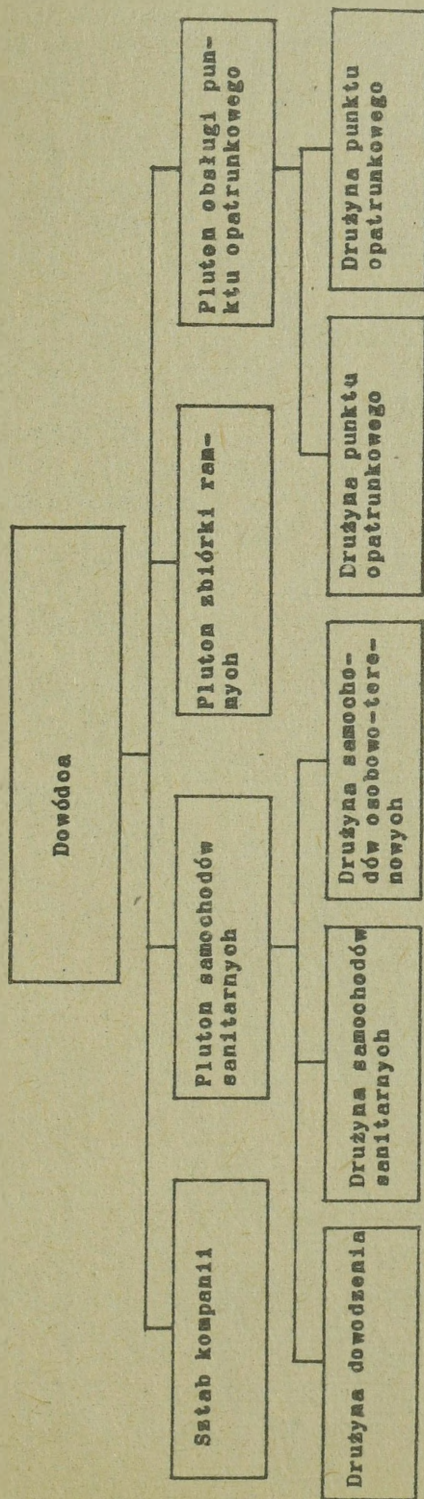
- przyczepy /samochody/ chłodnie.

Możliwości: - przechowuje 1200 jednostek krwi
/1 jednostka = 350 ml krwi/;

- wydaje dziennie do 600 jednostek krwi;

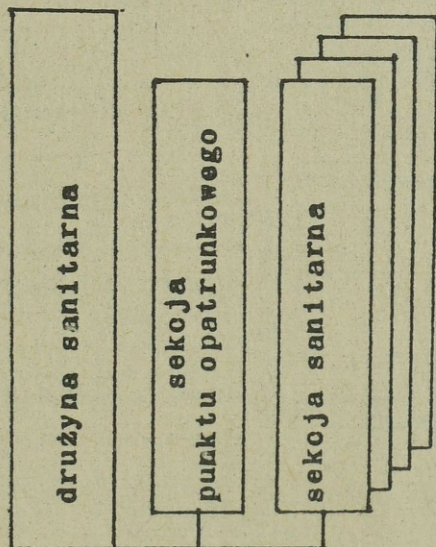
- może pobierać do 40 jednostek krwi dziennie.

Organizacja brygadowej kompanii medycznej/H/

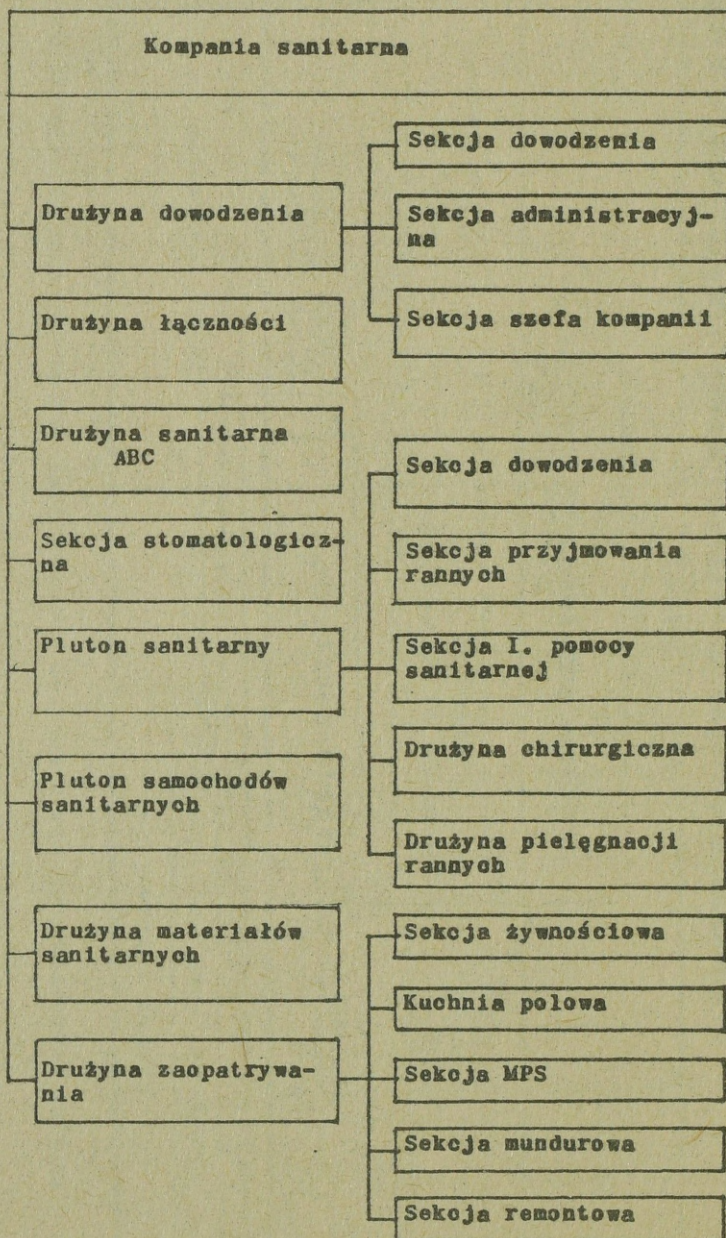


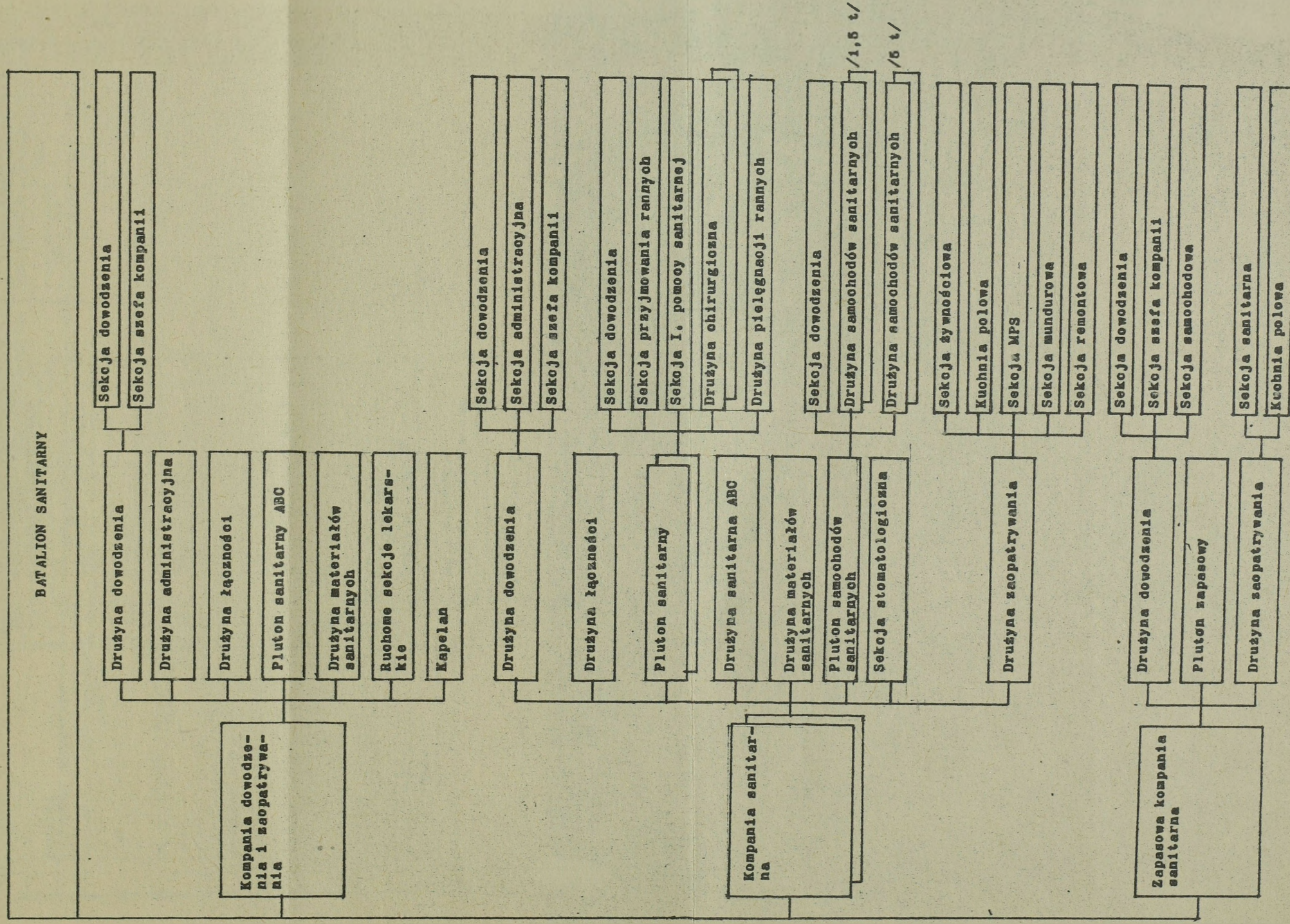
Załącznik Nr 17

Organizacja drużyny sanitarniej grupy zaopatrywania batalionu
/RFN/



Organizacja kompanii sanitarnej brygady /RFN/





Załącznik nr 21

Stan osobowy służby sanitarnej korpusu armijnego /RFN/
/korpus w składzie 3 dywizji/

Lp.	Wyszczególnienie	Ludzie				Transport sanitarny			Lóżka szpitalne
		Oficerowie	Podoficerowie	Szeregowcy	Razem	Samochód		Autobus	
						1,5t	5t		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Służba sanitarna KA/w składzie 3 DZ/	407+?	1268+?	2376+?	4100	90	170	10	2070
1.	Kompania dowodzenia	19	23	34	76				
2.	Pułk szpitalny I/	247	657	936	1840				2070
	W nim:								
	a/ pluton dowodzenia;	7	21	30	58				
	b/ 6 lekarskich grup specjalistycznych;	30	42	30	102				

1/ Istnieje niezgodność w opracowaniu Szt.Gen.720/74 - system zabezpieczenia logistycznego sił lądowych RFN: w opracowaniu podano stan pułku szpitalnego 1850, a z wyliczenia jego składowych wynika 1840.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	c/ 6 szpitali polowych /po 300 łózek/; d/ 3 szpitale chirurgiczne /po 90 łózek/	162 48	444 150	666 210	1272 408				1800 270
3.	<u>Batalion sanitarny KA 1/</u> W nim: a/ kompania dowodzenia i zaopatrywania; b/ 3 kompanie sanitarne.	80 11 69	241 43 198	378 81 297	699 135 564	30 2/30			
4.	<u>Mieszany batalion sanitarny</u> W nim: a/ kompania dowodzenia i zaopatrywania; b/ kompania zbiórki rannych;	42 11 18	208 43 89	481 81 220	731 135 327				

- 1/ J.w. batalion sanitarny KA podano stan osobowy 482, a z wyliczenia wynika 699.
- 2/ Samochody sanitarne 1,5 t/m-ki Unimag/ zanierają 4-5 leżących, a samochody sanitarne 5 t /m-ki Grossraum/ przewożą około 12 rannych Riedla/ siedzących lub leżących 8-9. /wg.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	c/ kompania materiałów sanitarnych; d/ zapasowa kompania sanitarna.	7 6	25 51	58 122	90 179				
5.	<u>Batalion transportu rannych</u>	19	139	547	705	60	140	10	
	W nim:								
	a/ kompania dowodzenia i zaopatrzenia;	10	37	75	122				
	b/ 3 kompanie samochodów sanitarnych;	6	63	282	351	60	60		
	c/ kompania ciężkich samochodów sanitarnych.	3	59	190	232		80	10 ^{1/}	
6.	Polowe laboratorium: chemiczne, higieniczne, weterynaryjne, ośrodek stomatologiczny, prosek-torium.	?	?	?	?				

1/ Autobusy sanitarne mają pojemność 26 osób - /wg wyd.Szt.Gen.720/74/.

Załącznik nr 22

SILY SŁUŻBY SANITARNEJ RFN NA POSZCZEGÓLNYCH SZCZEBŁACH ORGANIZACYJNYCH
/stan etatowy, możliwości ewakuacyjne i lecznicze/

Lp.	Szczebel organizacyjny	Nazwa jednostki sanitarnej	Stan etatowy	Jednorazowa zdolność ewakuacyjna	Możliwości lecznicze
1	2	3	4	5	6
1.	Korpus armijny	Pułk szpitalny			hospitalizacja 2070 rannych, operacje ciężkie 400
		Batalion sanitarny			Operacje średnie 300
		Mieszany batalion sanitarny	4100	720	Opieka nad 1800 rannymi
		Batalion transportu rannych		2040	
		Kompania dowodzenia, polowe laboratoria, polowy ośrodek stomatologiczny, polowe prosektorium			

1	2	3	4	5	6
2.	Dywizja	Batalion sanitarny	około 460	480	Operacje średnie około 140
3.	Brygada	Kompania sanitarna	180	240	Operacje średnie 30-70
4.	Batalion	Drużyna sanitarna	14-22	25	-
5.	Kompania /samodzielna/	Sekoja sanitarna	3-5	4-6	-

Wartości przyjęto na podstawie wydawnictwa MON, sygn. Szt.Gen. 720/74.

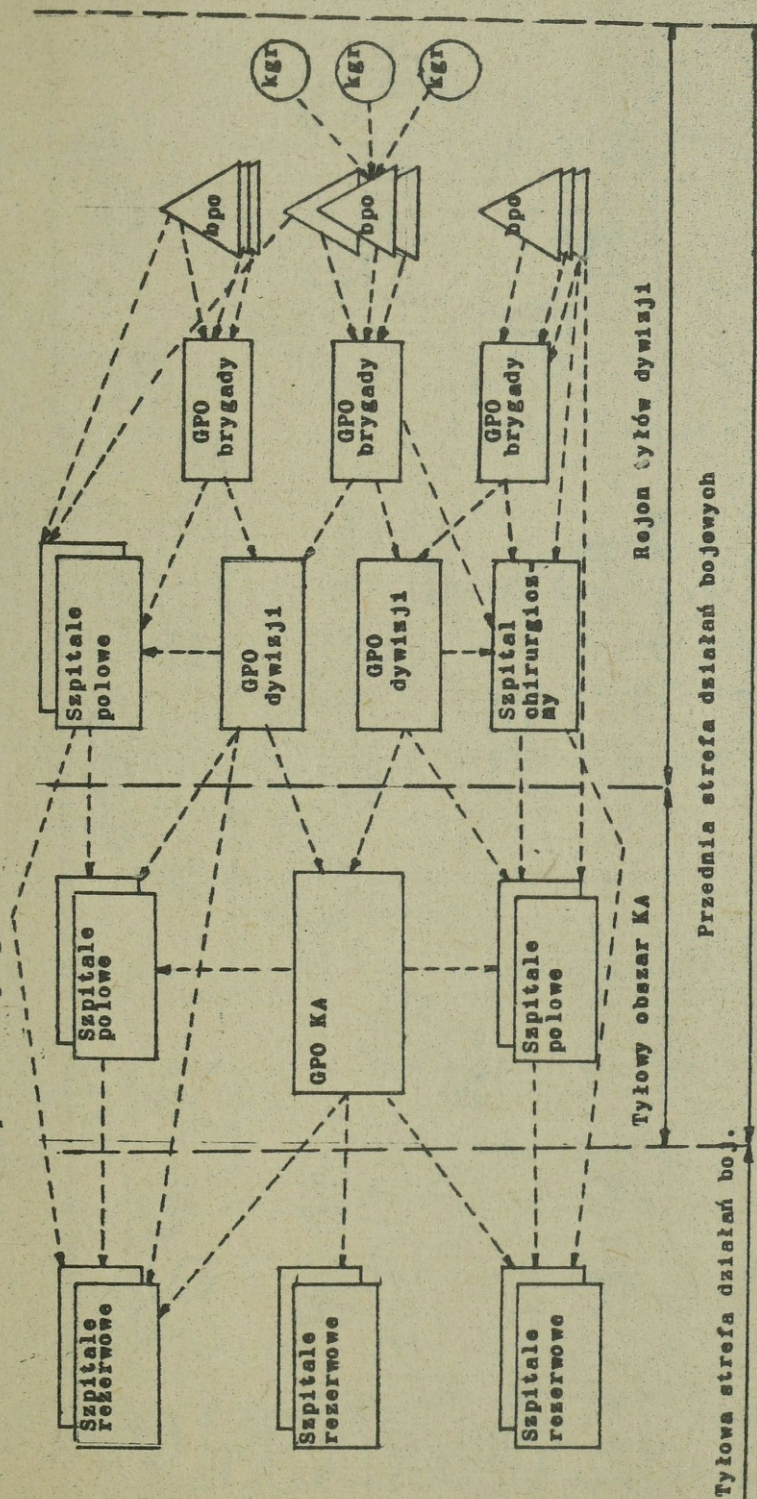
Załącznik nr 23

JEDNOSTKI SANITARNE WCHODZĄCE W SKŁAD
POSZCZEGÓLNYCH KORPUSÓW ARMIJNYCH RFN^{1/}

Numer korpusu	Numer i nazwa jednostki sanitarnej	Uwagi
1	2	3
1 KA /RFN/	Dowództwo służby sanitarnej: 110 batalion sanitarny 120 mieszany batalion sanitarny 130 batalion transportu rannych Szpitale polowe po 300 łóżek /6 szpitali/ Kompania dowodzenia, polowe prosektorium, polowe laboratoria i polowy ośrodek stomatologiczny	Mobilizowany Mobilizowany Reszta pułku szpitalnego będzie mobilizowana Mobilizowane
2 KA/RFN/	Dowództwo służby sanitarnej: 210 batalion sanitarny 220 mieszany batalion sanitarny 230 batalion transportu rannych Szpitale polowe po 300 łóżek /6 szpitali/ Kompania dowodzenia, polowe prosektorium, polowe laboratoria i polowy ośrodek stomatologiczny	Mobilizowany Mobilizowany Reszta pułku szpitalnego będzie mobilizowana Mobilizowane
3 KA/RFN/	Dowództwo służby sanitarnej: 310 batalion sanitarny 320 mieszany batalion sanitarny 330 batalion transportu rannych Szpitale polowe po 300 łóżek /6 szpitali/ Kompania dowodzenia, polowe prosektorium, polowe laboratoria i polowy ośrodek stomatologiczny	Mobilizowany Mobilizowany Reszta pułku szpitalnego będzie mobilizowana Mobilizowane

1/ Danych o innych jednostkach sanitarnych brak.

Kierunek ruchu rannych w zabezpieczeniu sanitarnym
korpusu armijnego RFN I



Tyłowa strefa działań boj.

Przednia strefa działań bojowych

Tyłowy obszar KA

Rejon dywizji

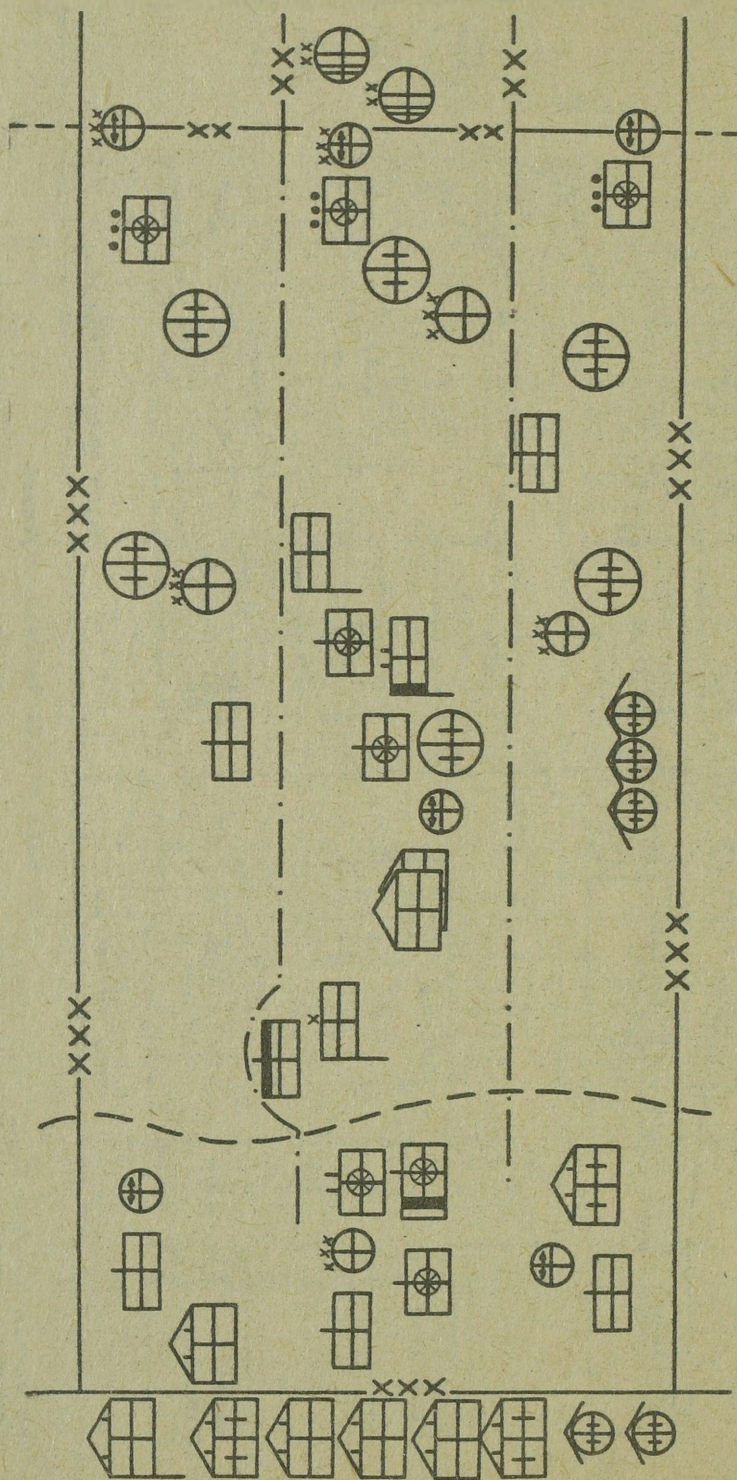
x/ Znaki taktyczne służby sanitarnej RFN przedstawia załącznik Nr 26.

Legenda: kgr - kompanijne gniazdo rannych,

bpo - batalionowy punkt opatrunkowy,


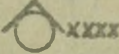



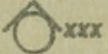











GPO - główny punkt opatrunkowy /brygady, dywizji, KA/.

Wariant rozmieszczenia urządzeń sanitarnych i szpitali
zapasowych w strefie działań bojowych KA/RFN/ wg Riedla x/


















x/ Oznaczenie zgodnie ze znakami służby sanitarniej RFN
/Załącznik Nr 26/.

Ogólne znaki taktyczne RFN

	pułk		urządzenie dowództwa terytorialnego
	batalion		urządzenie korpusu armijnego
	kompania		urządzenie okręgu wojskowego
	grupa		urządzenie dywizji
	pluton		urządzenie brygady
	drużyna		urządzenie batalionu
	sekcja		urządzenie dowództwa ochrony
	} znaki taktyczne służby sanitarnej		urządzenie batalionu w wojskach obrony terytorialnej
			

Znaki taktyczne jednostek /urządzeń/ sanitarnych RFN

	dowództwo sanitarne w dowództwie terytorialnym		eskadra śmigłowców sanitarnych
	dowództwo służby sanitarnej KA		lekarska grupa chirurgiczna Ch
	pułk szpitalny		lekarska grupa chirurgii klatki piersiowej Kch
	batalion sanitarny		lekarska grupa laryngologiczna LNO
	kompania sanitarna		lekarska grupa okulistyczna A
	mieszany batalion sanitarny		lekarska grupa chirurgii szczękowej KCh
	kompania zbiórki rannych		lekarska grupa neurochirurgiczna NCh
	kompania materiałów sanitarnych		szpital polowy KA-300 300



batalion transportu rannych



kompania samochodów sanitarnych



kompania ciężkich samochodów sanitarnych



szpital polowy 300 łózek /jako jednostka/



szpital chirurgiczny /jako jednostka/



pluton sanitarny /rozwiija główny punkt opatrunkowy/



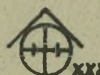
pluton sanitarny ABC



drużyna sanitarna



pluton samochodów sanitarnych



grupa szpitali rezerwowych



polowe laboratorium weterynaryjne



polowe prosektorium



szpital rezerwowy 200 łózek



szpital chirurgiczny KA



punkt zbiórki rannych KA



miejsce postoju samochodów sanitarnych dywizji



ładowisko środków powietrznego transportu rannych



batalionowy punkt opatrunkowy



główny punkt opatrunkowy brygady /obsługiwany przez jeden pluton/



główny punkt opatrunkowy dywizji /obsługiwany przez dwa plutony/



pluton kompanii zbiórki rannych



kompanijne gniazdo rannych



ładowisko śmigłowców sanitarnych



polowe ośrodek stomatologiczny



polowe laboratorium higieniczne



polowe laboratorium chemiczne



okręt transportu rannych



pociąg sanitarny



magazyn materiałów sanitarnych

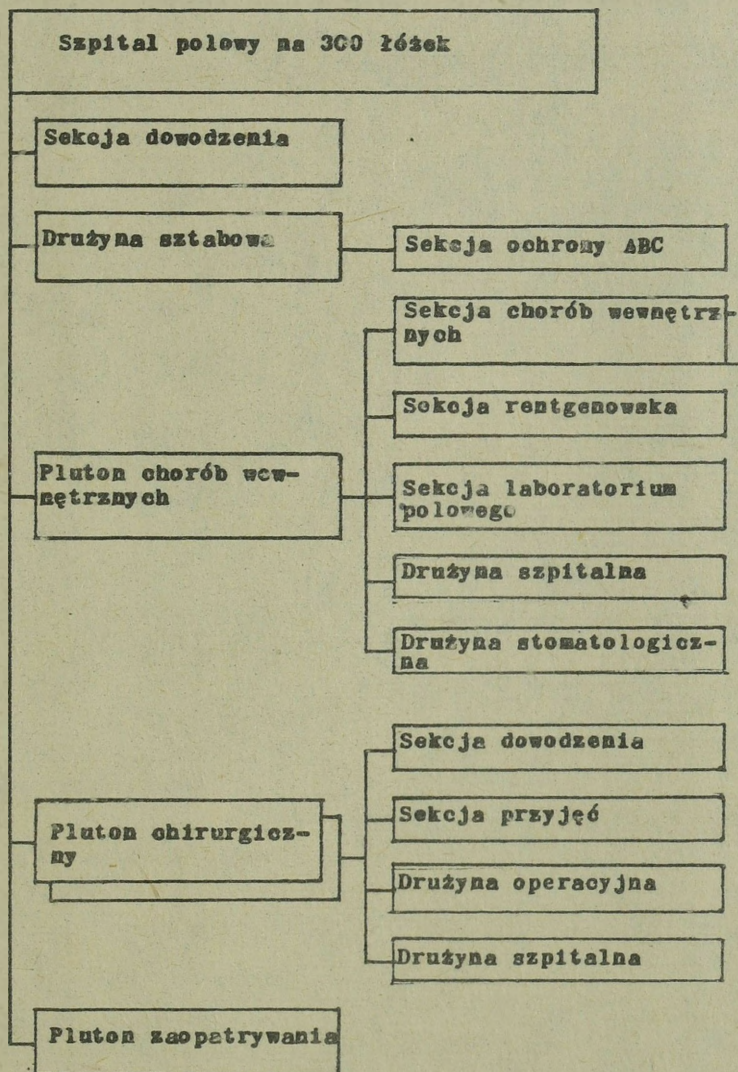


dywizyjny punkt zaopatrzenia w sprzęt i materiały sanitarne

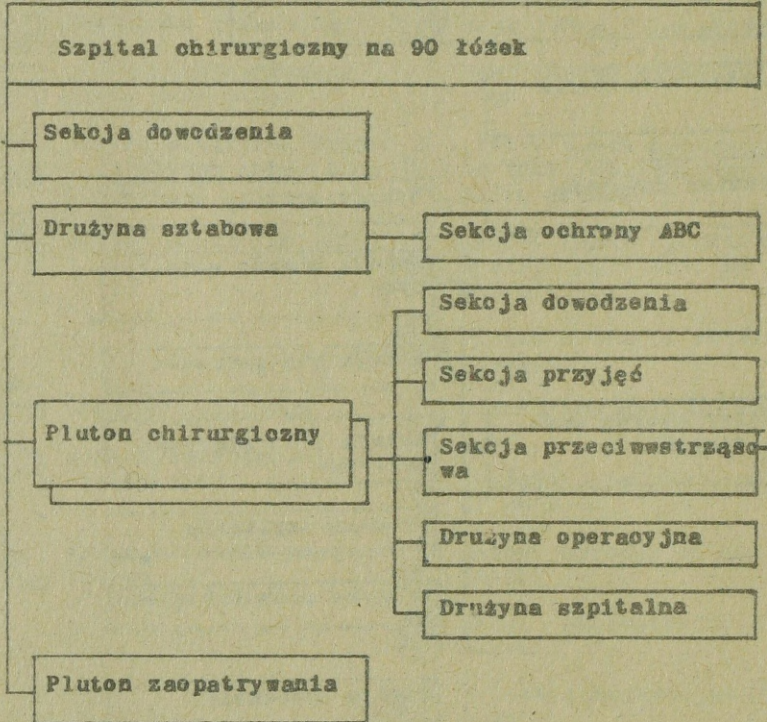


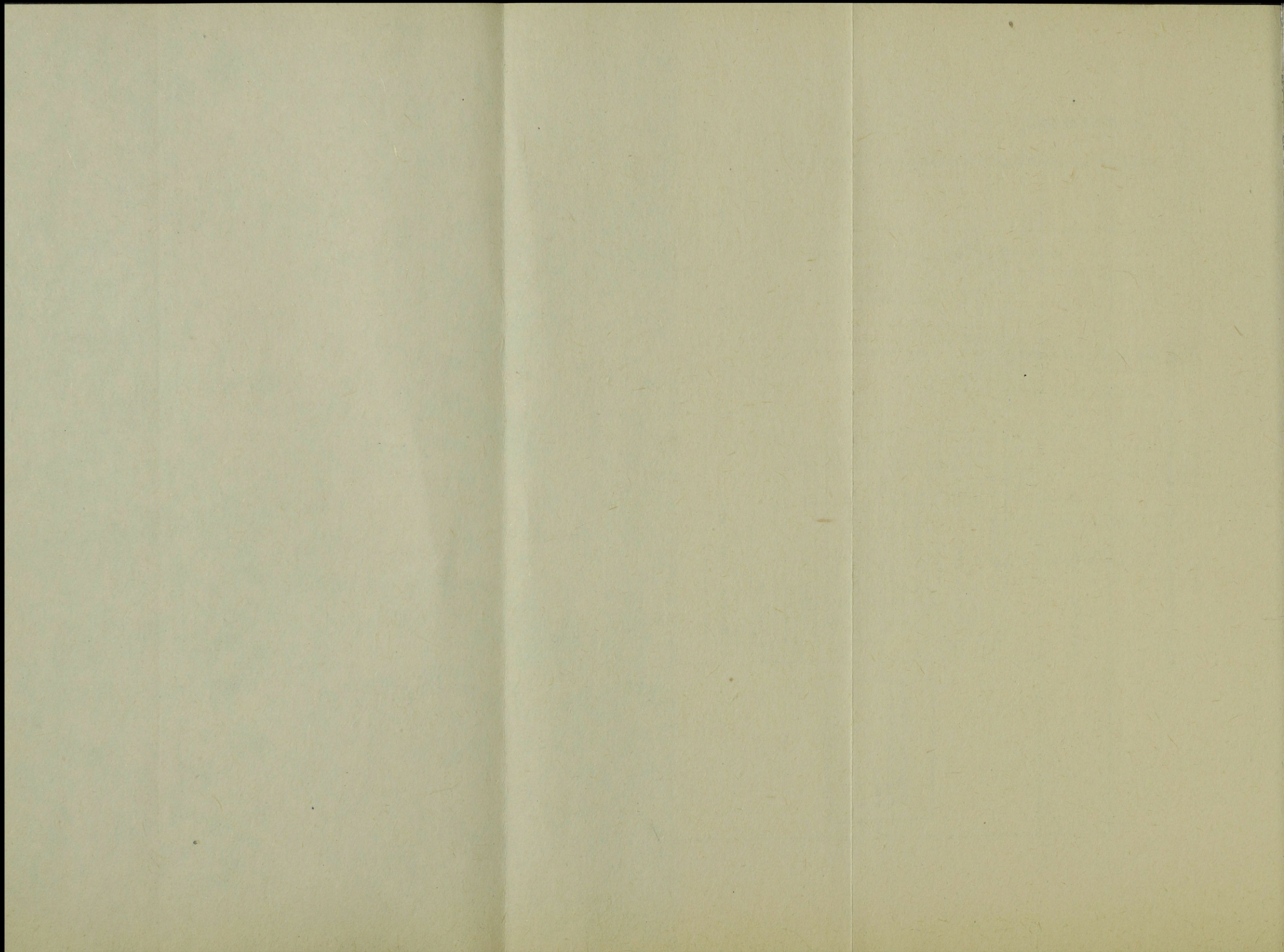
korpuśny punkt zaopatrzenia w sprzęt i materiały sanitarne

Organizacja szpitala polowego na 300 łóżek/BFN/

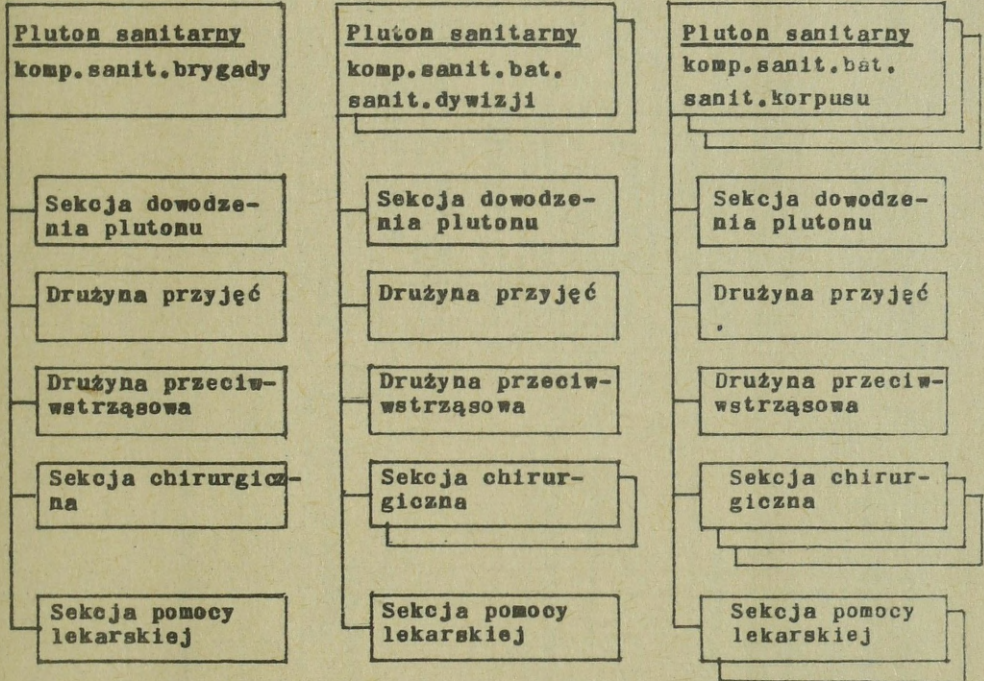


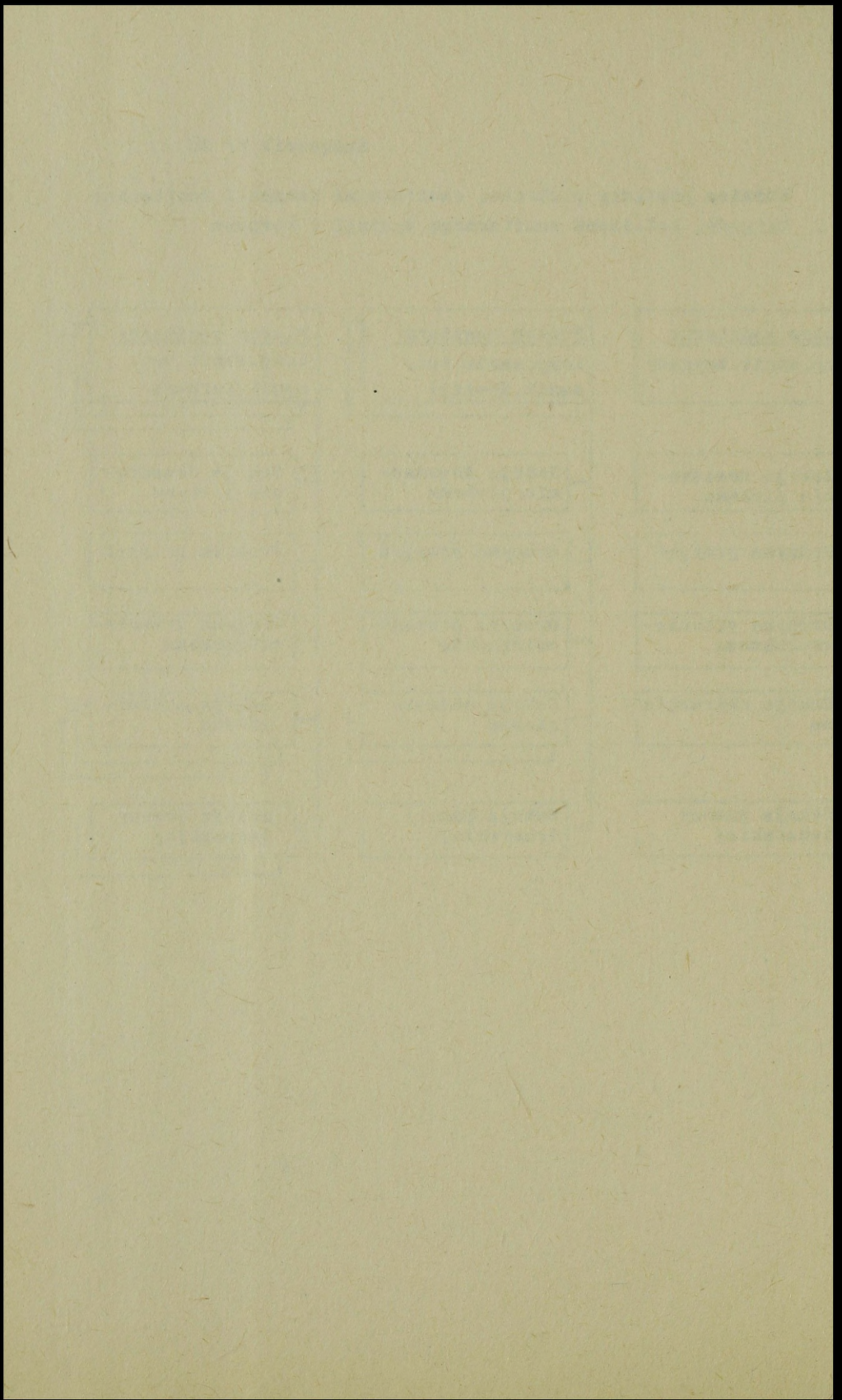
Organizacja szpitala chirurgicznego na 90 łózek /RFN/

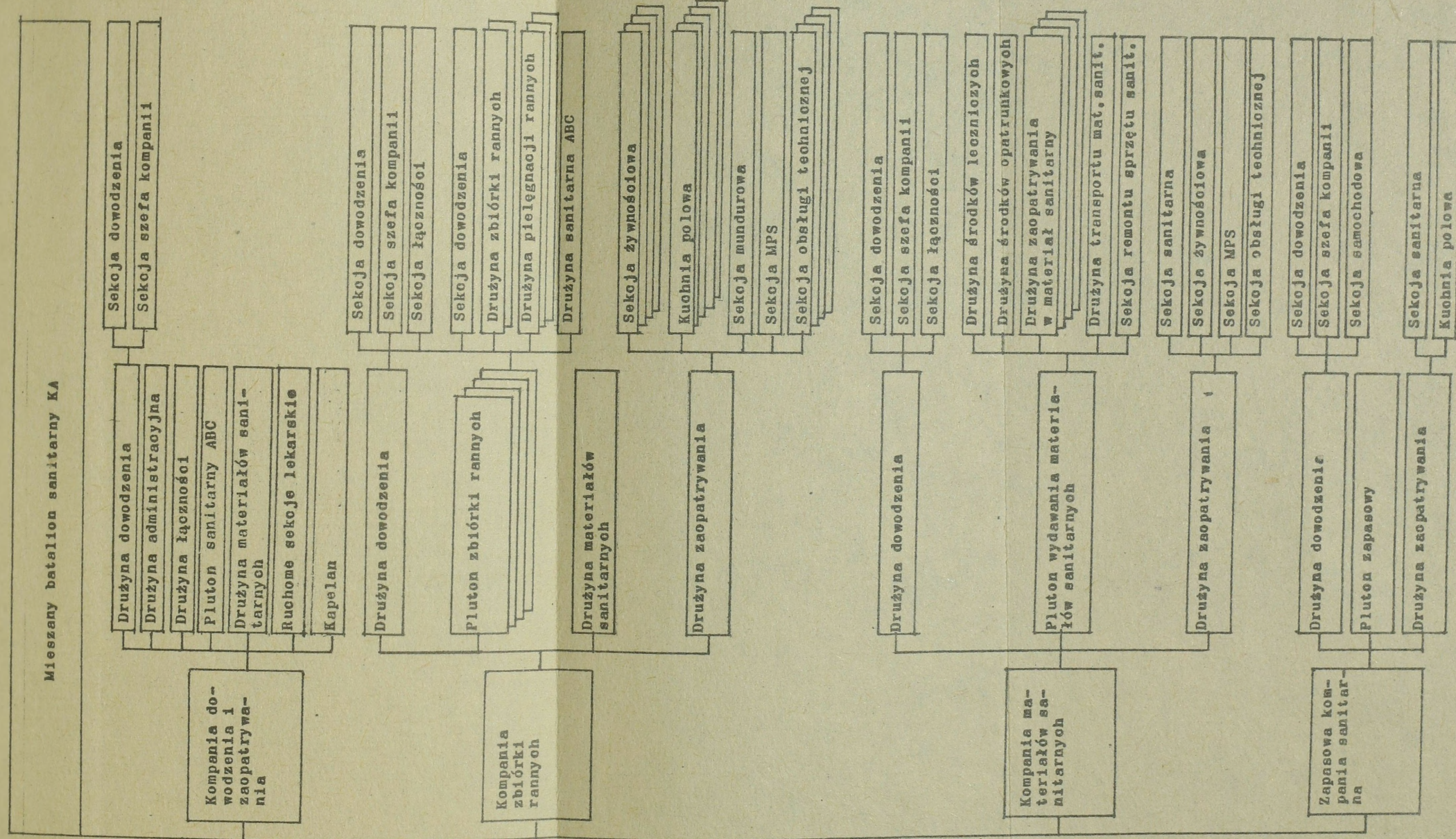


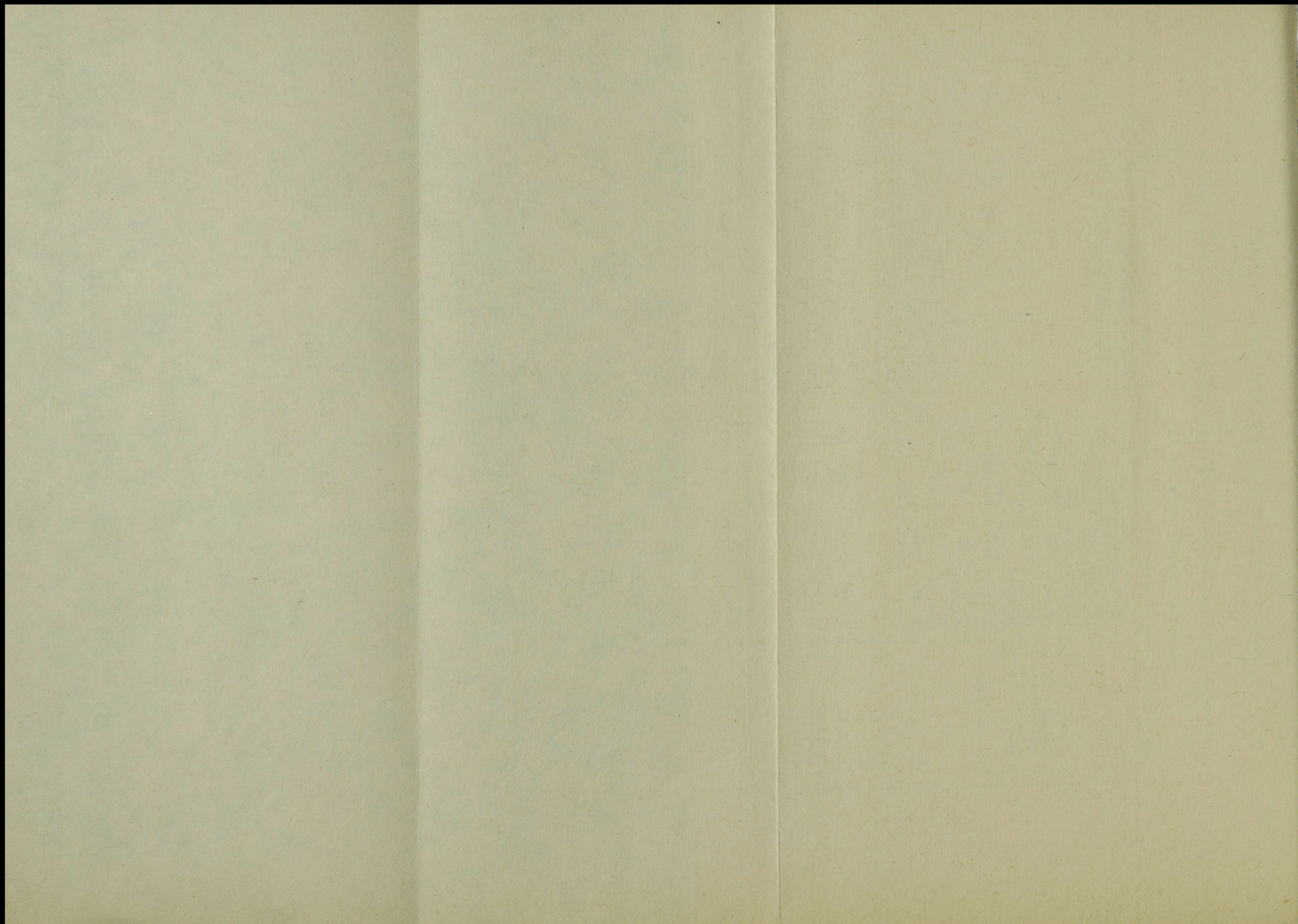


Różnica pomiędzy plutonami sanitarnymi kompanii sanitarnej brygady, batalionu sanitarnego dywizji i korpusu









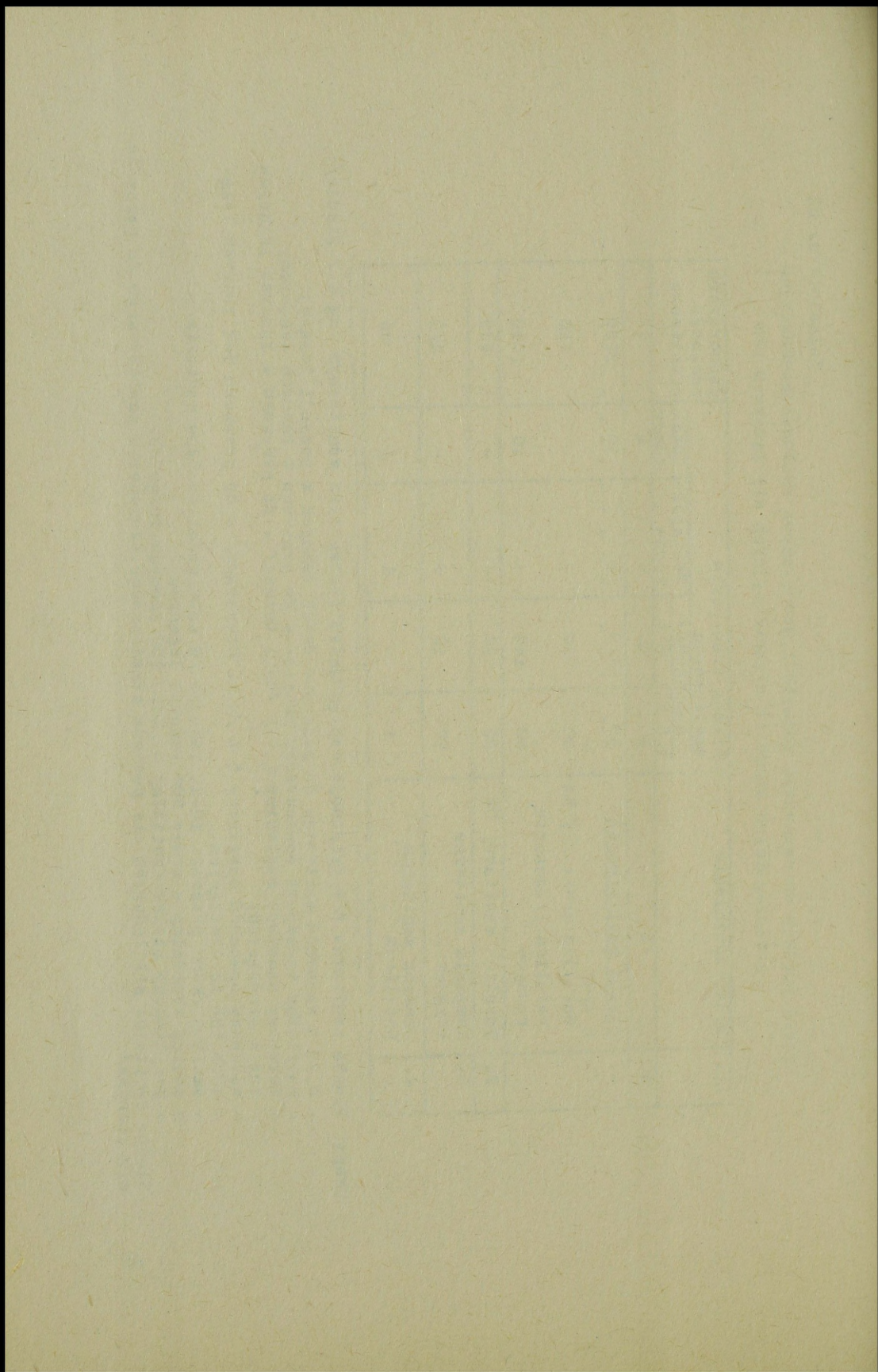
Ilość środków do ewakuacji rannych i jednorazowa zdolność ewakuacyjna poszczególnych szczebli organizacyjnych sił lądowych RFN

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba transportu sanitarnego				Jednorazowa zdolność przewozowa
		Samochodów		Transporterów	Auto-busów	
		1,5 t	5 t			
3	4	5	6	7		
1.	2					
1.	Służba sanitarna KA	90	170		10	2760
	W tym:					
	batalion sanitarny KA	30	30			720
	batalion transportu rannych	60	140		10	2040
2.	Batalion sanitarny DZ	20	20			480
3.	Kompania sanitarna brygady	10	10			240
4.	Drużyna sanitarna batalionu	1		5		25

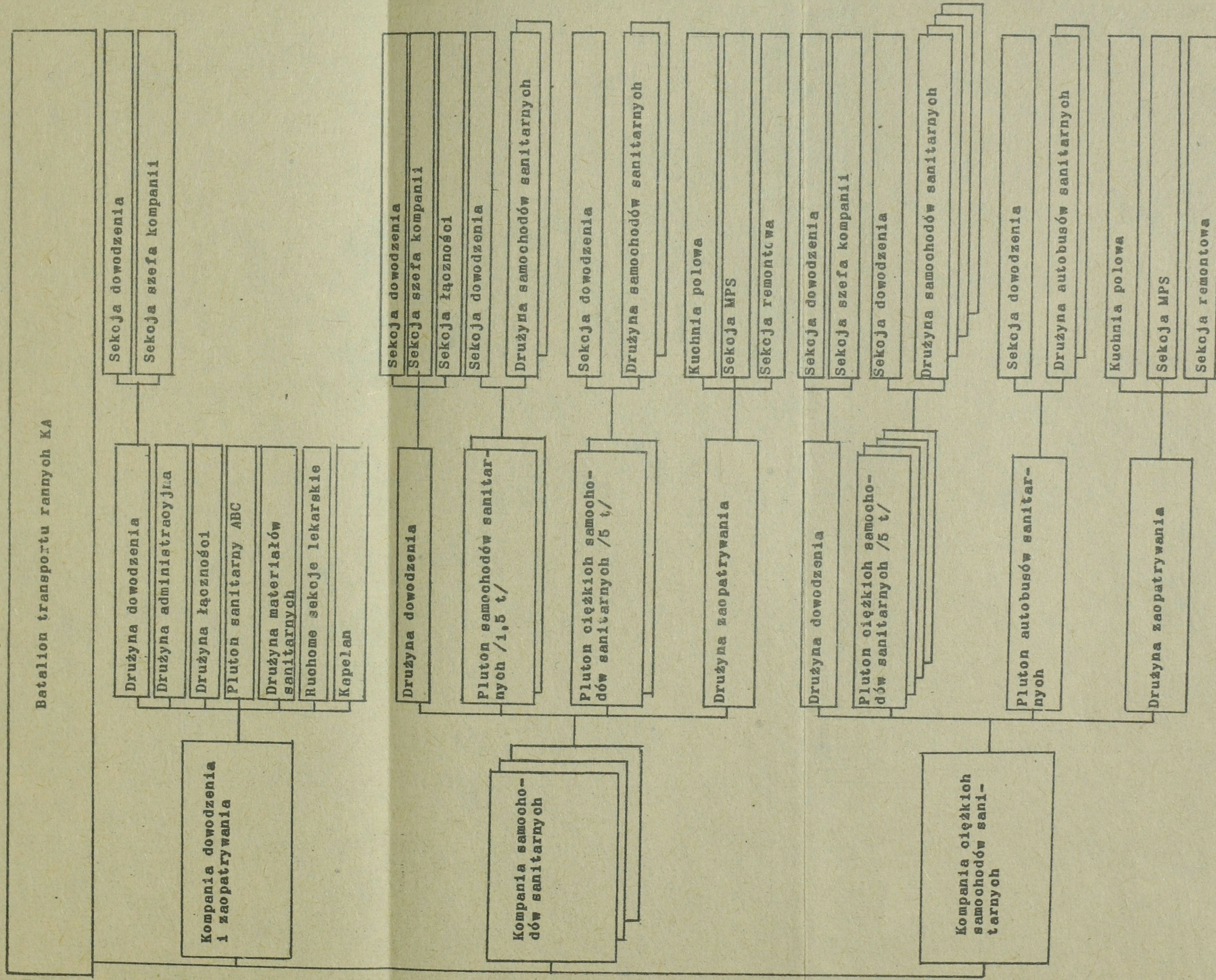
Uwaga: Służba sanitarna RFN dysponuje następującym transportem sanitarnym /wg K.P.Riedla/:

- 0,25 t samochód sanitarny do przewozu dwóch rannych w pozycji leżącej;
- sanitarny transport opancerzony /M-113/ - do przewozu 4 rannych leżących;
- terenowy samochód sanitarny 1,5 t /m-ki Unimog/ - do przewozu 4 rannych leżących lub 8 siedzących;
- terenowy samochód sanitarny 5 t /m-ki Grossraum/ - do przewozu 8-9 rannych leżących lub 12 siedzących;
- omnibus /KOM/ przewozi 10-30 rannych /w zależności od typu nadwozia/;
- pociąg szpitalny - około 300 rannych leżących;
- przybrzeżny statek szpitalny - około 100 rannych leżących.

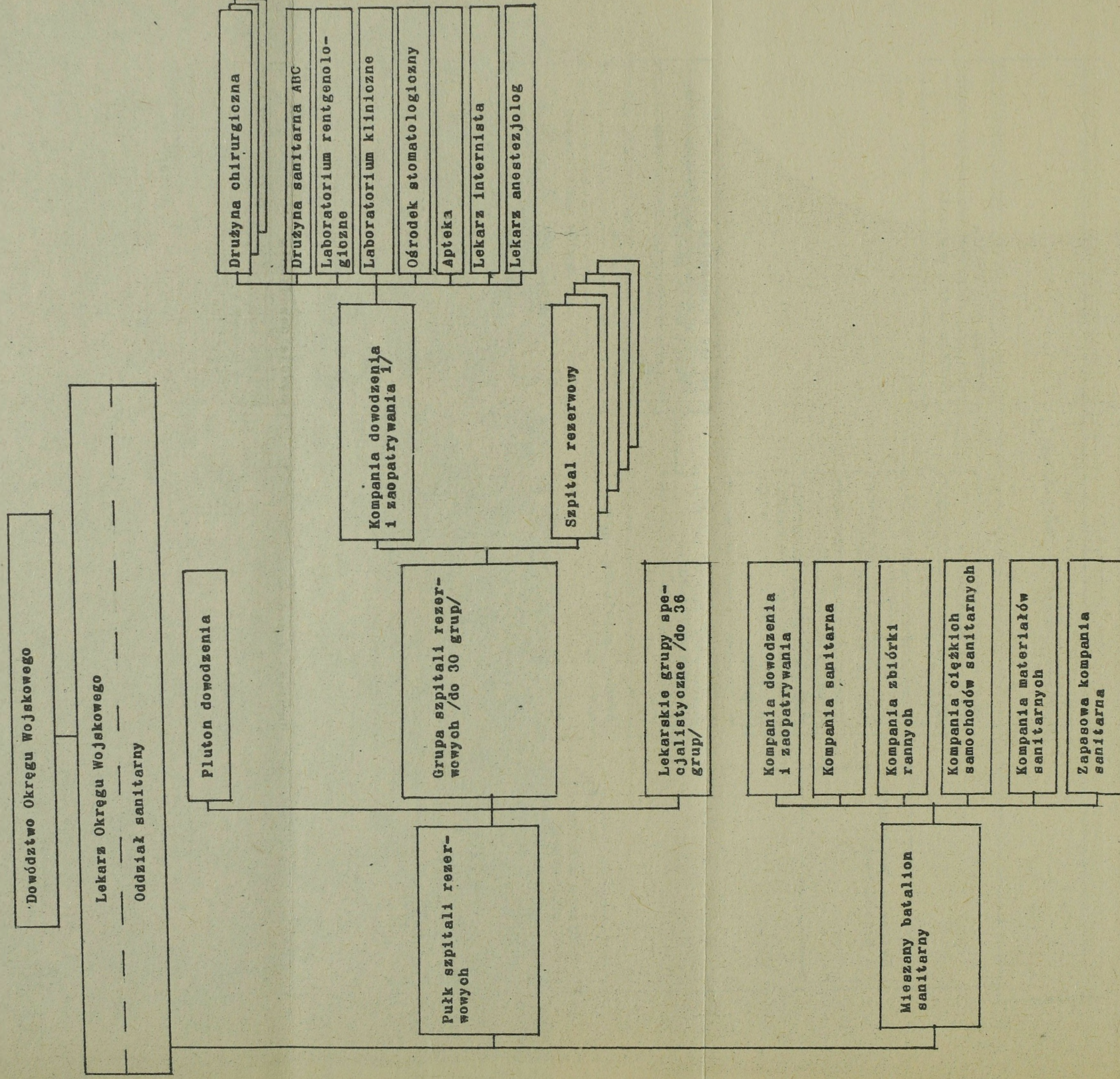
/Służba sanitarna sił lądowych nie posiada ograniczonego transportu powietrznego do przewożenia rannych/.



Organizacja batalionu transportu rannych KA /RPN/

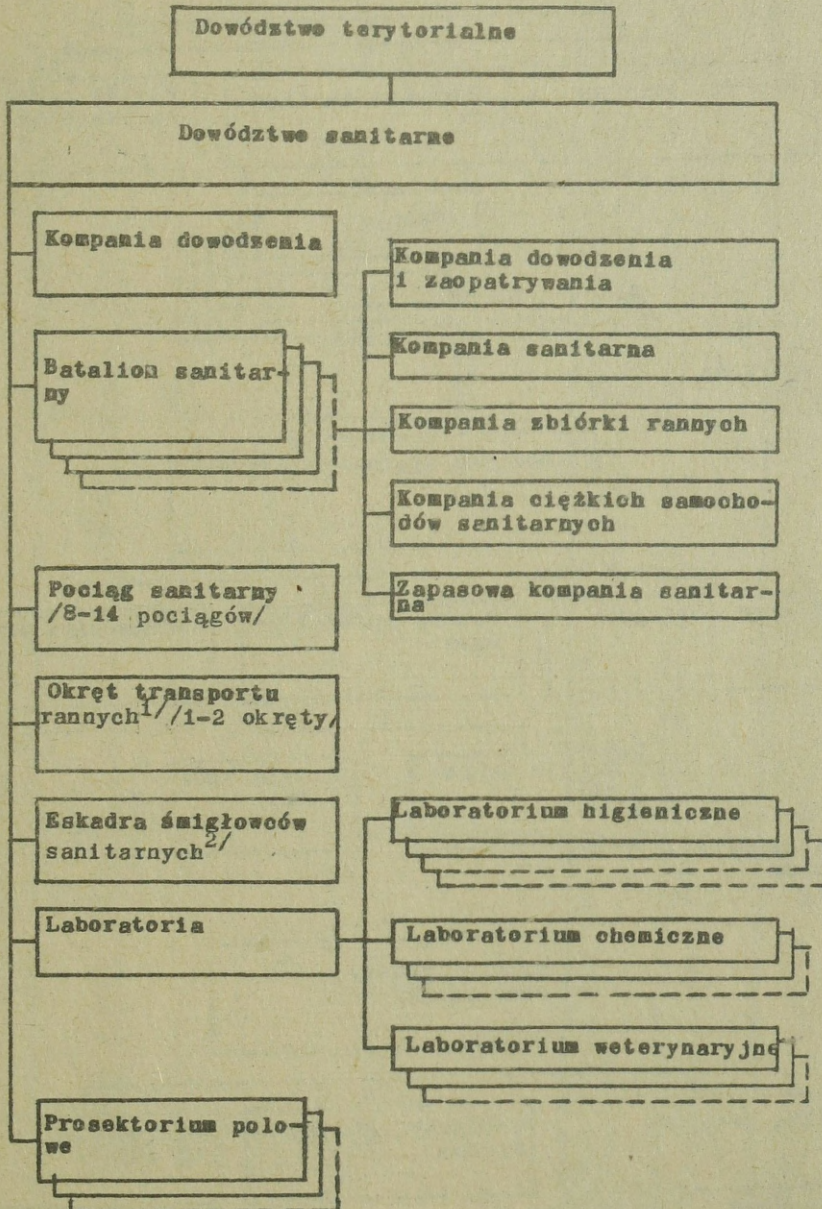


Jednostki sanitarne na szczeblu okręgu wojskowego /RFN/



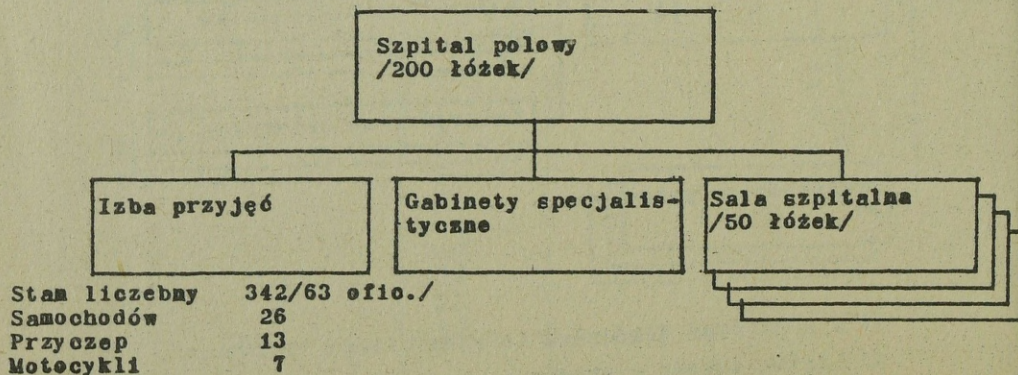
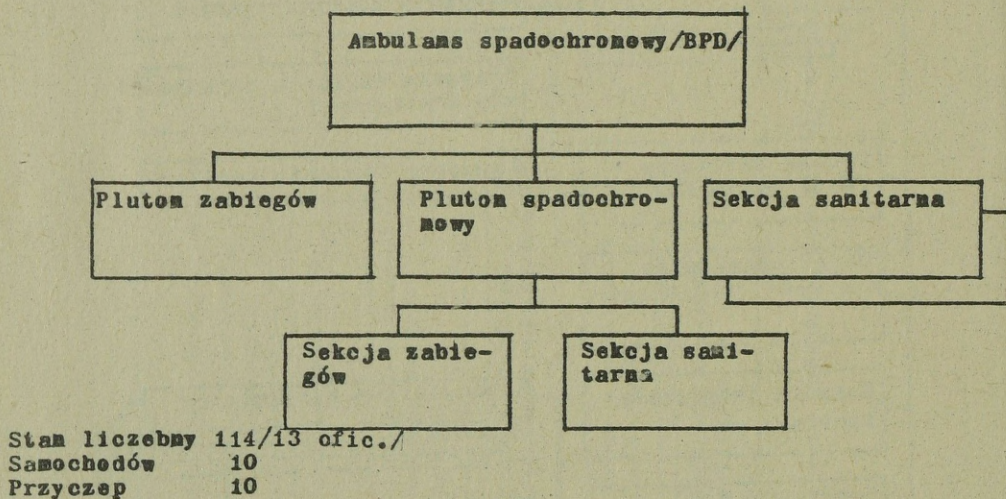
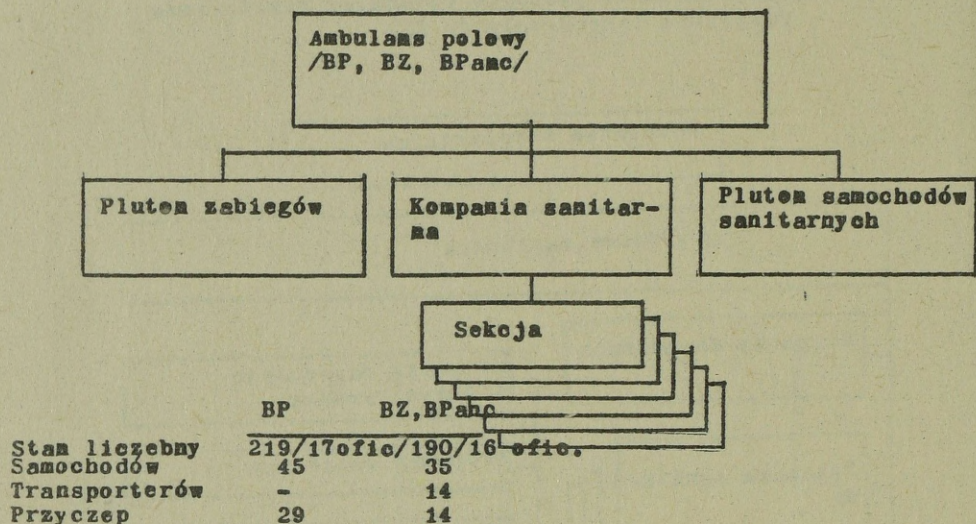
1/ Podano tylko nietypowe, dodatkowe pododdziały kompanii dowodzenia i zaopatrywania.

Jednostki sanitarne podległe dowództwu sanitarnemu
dowództwa terytorialnego RFN

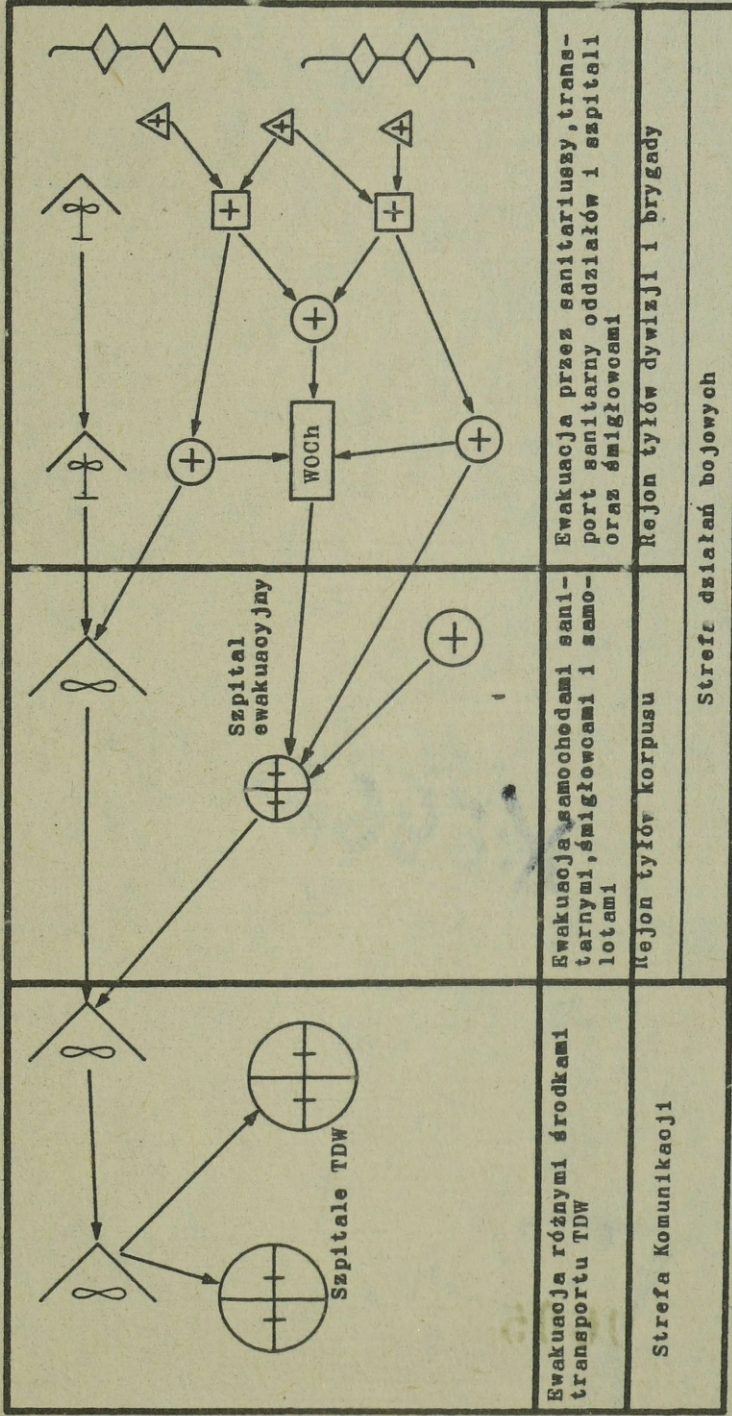


1/ Z wyjątkiem dowództwa terytorialnego "Południe".

2/ Liczba eskadr nieznana.

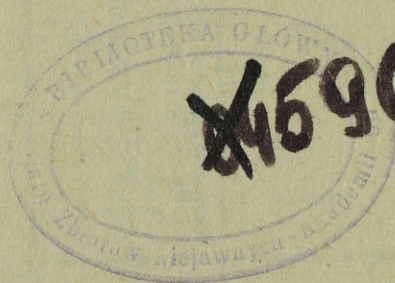
Organizacja wybranych jednostek medycznych sił zbrojnych
Wielkiej Brytanii

Organizacja ewakuacji rannych, chorych i porażonych na TDW
/wg. założeń brytyjskich/



Legenda:

- △ - wysunięte punkty medyczne
- ⊕ - punkty zbiórki rannych
- ⊕ - wysunięte punkty medyczne
- ⊕ - polowe punkty opatrunkowe
- WOCh - wysunięty ośrodek chirurgiczny



245966

