



Grey Scale #13



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

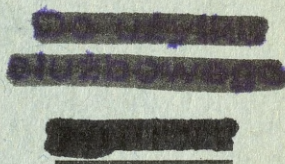


A2015

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE



ASG WP wewn. 3949/85

Egz. Nr. 1



Płk dr Bohdan GEMBICKI

**ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE
JEDNOSTEK TYŁOWYCH
SZCZEBŁA OPERACYJNEGO**

SKRYPT



49666

WARSZAWA

1986



A2015

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

ASG WP wewn. 3949/85

Egz. Nr.....1



Płk dr Bohdan GEMBICKI

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE JEDNOSTEK TYŁOWYCH SZCZEBŁA OPERACYJNEGO

SKRYPT



49666

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

~~PRZEKŁASZKOWANO~~

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH

Protokół Nr 54305

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

~~JAWNE~~

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

ASG WP wewn. 3949/85

PODSTAWA
Ustawa z dnia 22 stycznia 1990 roku
art. 95 ust. 2
(Dz.U. RP Nr 11 poz. 95)

podpis



Egz.nr 1

*Inelias -
prot. 1 zd. 2.07.97
Dy -*



Płk dr Bohdan GEMBIKI

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE JEDNOSTEK TYŁOWYCH SZCZEBŁA OPERACYJNEGO

s k r y p t

Do użytku
sztabowego

SPIS TREŚCI

	Strona
Wstęp	3
Ogólne zasady zabezpieczenia medycznego	5
Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne jednostek tyłowych	8
Siły i środki służby zdrowia jednostek tyłowych szczebla operacyjnego	12

W S T Ę P

Działalność wojskowej służby zdrowia będzie przebiegała w specyficznej, złożonej i zmiennej sytuacji bojowej, przejawiającej się między innymi powstawaniem dużej liczby straz sanitarnych, często na nieoczekiwanych rubieżach w jednym czasie w ogniskach masowych strat sanitarnych rozproszonych na znacznej przestrzeni. Charakter przyszłych operacji wymagać będzie od wojskowej służby zdrowia zdolności organizowania nieprzerwanego zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk działających na dużych głębokościach, często na samodzielnych kierunkach w oderwaniu od głównych źródeł zaopatrywania i końcowych etapów ewakuacji medycznej /baz szpitalnych/. Wymaga również stałej gotowości do szybkiej i sprawnej organizacji manewru siłami i środkami służby zdrowia w celu zapewnienia określonej pomocy medycznej rannym i chorym /ciągłości leczniczo-ewakuacyjnej/.

Względy powyższe decydują równocześnie o treści i zasadach działania służby zdrowia w systemie organizacyjnym sił zbrojnych, wyznaczając zarazem jej rolę i miejsce w procesie kształtowania gotowości i zdolności bojowej wojsk. Pociąga to za sobą nieuchronnie również zmiany w poglądach na teorię i praktykę zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk w przyszłych działaniach bojowych. Należy podkreślić, że proces zmian w organizacji i metodach pracy służby zdrowia jest ściśle związany ze zmianami zachodzącymi w technice wojskowej, sztuce operacyjnej i taktyce.

Wojskowa służba zdrowia jest we współczesnych warunkach integralną, coraz bardziej niezbędną i ważną częścią wojsk, przy czym kierunki rozwoju i zmian w organizacji i taktyce służby zdrowia muszą przebiegać w pełnej harmonii z ogólnymi tendencjami rozwoju sztuki wojennej. Służba zdrowia musi stanowić silną i niezawodną bazę umożliwiającą pełne medyczne zabezpieczenie wojsk w czasie działań bojowych prowadzonych z dużym rozmachem wynikłym z operacyjno-strategicznych możliwości nowoczesnych armii dysponujących współczesnymi rodzajami broni i wyposażenia technicznego.

Istniejąca organizacja wojskowej służby zdrowia i jej wyposażenie stanowią właściwą podstawę do zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych w warunkach współczesnej wojny. Jednakże stały rozwój techniki umożliwi systematyczne unowocześnianie struktury organizacyjnej, wyposażenia technicznego oraz usprawnianie zasad działania służ-

by zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że podstawowe zasady działalności służby zdrowia ulegają stosunkowo powolnym zmianom. Zasadnicze zadania i zasady pracy służby zdrowia wypracowane w praktyce poprzednich wojen, zwłaszcza drugiej wojny światowej, pozostają w większości nadal aktualne z tym, że ulegają znacznemu poszerzeniu i odpowiedniej nowelizacji, wzrasta bowiem rola służby zdrowia w związku z bardzo dużymi stratami sanitarnymi, które wystąpią w ewentualnej wojnie.

Należy podkreślić, że wszelkie rozważania na temat ewentualnej wojny, a zwłaszcza wielkości strat sanitarnych, jak i ich zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego są hipotetyczne. Doświadczenie uczy jednak, że trafne przewidywania i prawidłowo wypracowane w okresie pokoju zasady działania w dużym stopniu ułatwiają w praktyce zabezpieczenie medyczne wojsk w czasie działań bojowych.

W celu prawidłowej organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego jednostek tyłowych szczególnie operacyjnego konieczna jest dokładna znajomość możliwości oddziaływania nieprzyjaciela na nasze wojska, zasad działania jednostek tyłowych, a także warunków terenowych obszaru działań bojowych. Bardzo ważna jest też znajomość sił i środków służby zdrowia przeznaczonych do zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego jednostek tyłowych szczególnie operacyjnego i ich możliwości w tym zakresie, a także ogólnych zasad zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych.

OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO

Służbę zdrowie armii kieruje szef służby zdrowie armii, stojący na czele kilkuosobowego szefostwa służby zdrowie. Szef służby zdrowie armii podlega służbowo kwatermistrzowi armii. Dysponuje on specjalnymi jednostkami, przy pomocy których organizuje lecznictwo, ewakuację, nadzór sanitarno-przeciwepidemiczny i zaopatrzenie materiałowe. Są to:

- oddziały zabezpieczenia medycznego;
- medyczne bataliony wzmocnienia;
- kompanie hospitalizacyjna;
- kompanie samochodów sanitarnych;
- batalion przeciwepidemiczny;
- polowy skład sanitarny;
- stacja krwiodawstwa II kategorii.

Ponadto szefowi służby zdrowie armii podlega fachowo ruchoma grupa weterynaryjna.

Służbę zdrowie wojsk operacyjnych kieruje szef służby zdrowie frontu podległy kwatermistrzowi frontu. Stoi on na czele szefostwa służby zdrowie frontu.

Na obozisku tyłów frontu rozwijają się bazy szpitalne /BSZF/ złożone z polowych szpitali różnego typu oraz jednostek usługowych. Każda baza jest dowodzona przez własną komendę i ma swój batalion zabezpieczenia. Szefowi służby zdrowie frontu podlegają ponadto:

- medyczne bataliony wzmocnienia;
- kompanie samochodów sanitarnych;
- batalion autobusów sanitarnych;
- batalion przeciwepidemiczny;
- polowy skład sanitarny typu A;
- polowe składy sanitarne typu B;
- stacja krwiodawstwa I kategorii /niezależnie od stacji krwiodawstwa II kategorii, wchodzących w skład BSZF/.

Przed przystąpieniem do omówienia zasad zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych należy podkreślić, że przyjęcie właściwego systemu postępowania medycznego i konsekwentne przestrzeganie go ma w czasie wojny decydujące znaczenie dla efektywności działania służby zdrowie. Zwrócił na to uwagę znany rosyjski chirurg Pirogow, twórca podstaw nowoczesnej organizacji i taktyki służby zdrowie. Dowiódł on, że w warunkach wojennych sprawne kierowanie służbą zdrowie,

oparte na jej prawidłowej organizacji i właściwie ustalonych zasadach postępowania, ma w ogólnym rozliczeniu większe znaczenie dla wyników jej działania niż wysoki poziom wiedzy w specjalnościach klinicznych.

Służba zdrowia wojsk operacyjnych ma następujące zadania:

- uratować na polu walki życie jak największej liczbie rannych;
- szybko wyleczyć i przywrócić zdolność bojową jak największej liczbie rannych i chorych;
- maksymalnie zmniejszyć liczbę inwalidów wśród wyleczonych rannych i chorych;
- skutecznie zapobiegać powstawaniu i szerzeniu się chorób, zwłaszcza epidemicznych.

W celu realizacji tych zadań służba zdrowia wojsk operacyjnych rozwija wielokierunkową działalność. Do zasadniczych kierunków jej działania należą:

- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne;
- zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne;
- szkolenie kadr;
- zabezpieczenie materiałowe.

Te cztery kierunki stanowią podstawę zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych.

W czasie drugiej wojny światowej utrwalił się ostatecznie nowoczesny system udzielania pomocy medycznej w walczących armiach, określany jako system leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań. Jest on nadal uważany za najlepszy w warunkach polowych, również w razie użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia. Służba zdrowia WP jest organizacyjnie przygotowana do wprowadzenia go w razie wojny w wojskach operacyjnych.

System leczenia etapowego polega na wykonywaniu kolejnych zabiegów leczniczych we właściwym czasie na kolejnych etapach ewakuacji medycznej. Tymi etapami są punkty medyczne oraz szpitale polowe rozwinięte wzdłuż dróg ewakuacji. Udziela się tam coraz wyżej specjalizowanej pomocy.

Ewakuacja według wskazań polega na kierowaniu rannych i chorych do tych punktów medycznych lub tych szpitali, w których można im udzielić pomocy odpowiadającej rodzajowi i ciężkości urazu lub choroby.

System leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań nie jest z punktu widzenia medycyny klinicznej systemem optymalnym, gdyż do prawidłowego przebiegu procesu leczenia pożądanym jest spokój i opieka tego samego personelu medycznego. W warunkach wojennych konieczne jest jednak stosowanie tego systemu, gdyż przy dużej liczbie rannych i chorych i du-

żej ruchliwości wojsk tylko on zapewnia ciągłą i sprawną pomoc medyczną.

Zgodnie z systemem leczenia etapowego rozróżnia się następujące rodzaje pomocy, świadczone na kolejnych etapach ewakuacji, poczynając od momentu urazu:

- samopomoc lub pomoc wzajemną, której ranny udziela sobie sam, lub której udziela mu kolega albo sanitariusz;
- pomoc przedlekarską, udzielaną przez podoficera sanitarnego drużyny sanitarnej lub w batalionowym punkcie medycznym /w obronie/;
- pierwszą pomoc lekarską z elementami pomocy chirurgicznej, udzielaną zazwyczaj w pułkowym punkcie medycznym /PPM/;
- kwalifikowaną pomoc medyczną, udzielaną przez lekarzy chirurgów w dywizyjnym punkcie medycznym /DPM i rozw. mbw/;
- specjalizowaną pomoc medyczną połączoną z leczeniem szpitalnym w bazie szpitalnej frontu /BSZF/;
- kontynuowanie leczenia szpitalnego i rehabilitację w zakładach leczniczych na obszarze kraju.

Ewakuację rannych i chorych przeprowadza się "do siebie". Zgodnie z tą zasadą starszy lekarz pułku odpowiada za ewakuację rannych i chorych z gniazd rannych /batalionowych punktów medycznych/ do pułkowego punktu medycznego, szef służby zdrowia dywizji za ewakuację z PPM do DPM itd. Organ odpowiedzialny za ewakuację przeprowadza ją własnymi siłami i środkami, tzn. przy użyciu własnych samochodów sanitarnych lub innych środków transportu oraz własnego personelu.

ZABEZPIECZENIE LECZNICZO-EWAKUACYJNE JEDNOSTEK TYŁOWYCH

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne jednostek tyłowych szczebla operacyjnego opiera się na obowiązującym w WP systemie leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań.

Zasadniczymi czynnikami wpływającymi na organizację zabezpieczenia medycznego jednostek tyłowych są:

- rozmach armijnej /frontowej/ operacji zaczepnej;
- warunki wojskowo-geograficzne obszaru działań;
- charakter działań /z użyciem BMR lub bez jej użycia/;
- ilość posiadanych sił i środków służby zdrowia.

Czynniki te określają warunki organizacji zabezpieczenia medycznego, kształtują rodzaj i liczbę strat sanitarnych oraz rzutują na możliwość w zakresie wykonania zadań przez służbę zdrowia.

W okresie poprzedzającym operację należy:

- uwolnić punkty medyczne od rannych i chorych;
- przydzielić część sił i środków do elementów służby zdrowia w celu ich wzmocnienia;
- przegrupować elementy służby zdrowia zgodnie z zadaniem;
- wyposażać punkty medyczne w brakujące materiały i sprzęt.

Za organizację zabezpieczenia medycznego jednostek tyłowych odpowiada szef służby zdrowia armii /frontu/ kierując całokształtem zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie operacji. Specyfika organizacji zabezpieczenia medycznego armii polega na tym, że na armijnym szczeblu organizacyjnym wojsk nie rozwija się oddzielnego etapu ewakuacji medycznej. Siły i środki służby zdrowia szczebla armijnego przeznaczone są przede wszystkim do działania na szczeblu taktycznym, lub też do działania na korzyść służby zdrowia tego szczebla /mbw, OZM, kh, kesa/.

Stąd też więźność autorów zgodnie podkreśla, że służba zdrowia armii jest odpowiedzialna za pełne zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne na szczeblu taktycznym.

W zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego szef służby zdrowia armii /frontu/ odpowiada za udzielanie pomocy medycznej rannym i chorym, czasową hospitalizację rannych i chorych niezdolnych do transportowania oraz za ewakuację 95% rannych i chorych ze związków taktycznych i jednostek tyłowych szczebla operacyjnego do szpitali polowych BSZF.

Do realizacji procesu leczniczo-ewakuacyjnego szef służby zdrowia

armii /frontu/ dysponuje odpowiednimi siłami i środkami. Jednostki tyłowe szczebla operacyjnego dysponują odpowiednimi elementami służby zdrowia.

W ramach realizacji procesu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego jednostek tyłowych szczebla operacyjnego na czołowe miejsce wysuwają się następujące podstawowe zagadnienia:

- wzmocnienie elementów służby zdrowia w zakresie organizacji wyszukiwania rannych, udzielania im pierwszej pomocy i wynoszenia /wywożenia/ ich do punktów medycznych;
- zapewnienie terminowej pierwszej pomocy lekarskiej i kwalifikowanej pomocy medycznej rannym i chorym wymagającym jej ze wskazań życiowych;
- czasowa hospitalizacja rannych i chorych niezdolnych do transportowania do czasu ustąpienia przeciwwskazań do ewakuacji;
- ewakuacja rannych i chorych do DPM /rozw. mbw/ lub bezpośrednio do szpitali polowych BSzF.

Realizację wyżej wymienionych zadań zapewnia struktura organizacyjna służby zdrowia armii /frontu/.

Do ewakuacji rannych i chorych angażuje się transport sanitarny własny w celu przewiezienia ich do najbliższej położonych szpitali. Ponadto do tego celu może być wykorzystany, po odpowiednim przygotowaniu, transport ogólnego przeznaczenia czy po dowozie środków materiałowych, co może mieć miejsce w przypadku zwiększonych potrzeb przekraczających możliwości ewakuacyjne transportu sanitarnego, głównie zaś podczas ewakuacji z rejonów masowych strat sanitarnych.

Nieodzownym warunkiem prawidłowej organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego jednostek tyłowych szczebla operacyjnego jest ustalenie wielkości przewidywanych strat sanitarnych /w przestrzeni i w czasie/, co pozwoli właściwie wykorzystać posiadane siły i środki oraz należyście zorganizować przedsięwzięcia leczniczo-ewakuacyjne. Przewidywania odnośnie wielkości strat sanitarnych przeprowadza się przy uwzględnieniu jak największej liczby czynników wpływających na ich wielkość w odniesieniu do konkretnej sytuacji bojowej. Wielkość strat sanitarnych zależy między innymi od:

- miejsca i roli armii /frontu/ w operacji zaczepnej;
- charakteru działań /z użyciem, lub bez użycia BMR/;
- natężenia walk;
- przewagi własnej lub nieprzyjaciela;
- warunków wojskowo-geograficznych obszaru działań bojowych;
- doświadczenia bojowego żołnierzy.

Według obecnie obowiązujących poglądów wielkość strat sanitarnych w ciągu doby operacji zaczepnej może kształtować się następująco w:

dywizji:

- bez BMR : 4-8%,
- z użyciem BMR : 14-26%,

armii:

- bez BMR : 2,2-2,7%,
- z użyciem BMR : 3,8-5,4%.

frontie:

- bez BMR : 0,8-1,2%,
- z użyciem BMR : 2,1-2,85%.
- od pierwszego uderzenia jądrowego: 5,71% /około 40 000 ludzi/,
- średniodobowe w toku operacji frontowej: około 2%.

Przyjmuje się, że straty sanitarne pierwszorzutowych związków taktycznych /związków operacyjnych/ stanowią 100, wówczas straty sanitarne /odpowiednio/ mogą wynosić:

- rodzajów wojsk 60% powyższych,
- drugorzutowych ZT /ZO/ 40% powyższych,
- jednostek tyłowych 25% powyższych.

Straty sanitarne w jednostkach tyłowych szczebla operacyjnego w ciągu operacji frontowej mogą wynosić około 10%, czyli średnio w ciągu doby około 1%. Należy podkreślić, że w strukturze strat sanitarnych prawdopodobnie wystąpi dużo wypadków przy pracy, tzn. będzie duża masowość.

W celu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego jednostek tyłowych szczebla operacyjnego w rejonach działań bojowych wykorzystuje się przede wszystkim siły i środki służby zdrowia wchodzącej w skład tych jednostek - elementów organicznej służby zdrowia. W przypadku nieposiadania organicznej służby zdrowia należy korzystać z pomocy służby zdrowia sąsiedniej jednostki.

W odniesieniu do ewakuacji medycznej rannych i chorych z jednostek tyłowych szczebla operacyjnego obowiązuje zasada ewakuacji własnym transportem, czyli "od siebie". Natomiast w klasycznym systemie ewakuacji medycznej rannych i chorych stosuje się zasadę ewakuacji "do siebie", czyli transportem sanitarnym przełożonego.

W celu udzielania pomocy medycznej rannym i chorym jednostek tyłowych szczebla operacyjnego rozwijane są punkty medyczne w oparciu o bazę gospodarczo-remontową siłami kompanii medycznych, plutonów medycznych i drużyn sanitarnych. W punktach medycznych rozwijanych przez kompanię medyczną udzielana będzie pierwsza pomoc lekarska, przez

plutony medyczne, a w punktach medycznych rozwijanych przez drużynę sanitarną udzielana będzie pomoc przedlekarska.

Zabezpieczenie medyczne brygad organizują szefowie służby zdrowia brygad, którzy kierują pracą lekarzy /plutonów medycznych/ wchodzących w skład brygad. Wchodzące w skład brygad /baz/ bataliony posiadają w swojej strukturze etatowej plutony medyczne, w których udzielana jest pierwsza pomoc lekarska. W polowych składach posiadających plutony medyczne również udzielana jest pierwsza pomoc lekarska.

Punkty medyczne /brygadowe, pułkowe/ rozwija się w pobliżu tyłowych stanowisk dowodzenia tych jednostek.

Rannych i chorych żołnierzy jednostek tyłowych szczebla operacyjnego wymagających udzielenia kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy medycznej należy ewakuować własnym transportem brygad, baz, batalionów, składów polowych do dywizyjnych punktów medycznych rozwiniętych w rejonie rozmieszczenia tyłów armii czy frontu lub bezpośrednio do najbliższej położonego szpitala stacjonarnego lub szpitala polowego bazy szpitalnej frontu /BSzF/.

W czasie przegrupowania brygady, bazy, batalionu, składu polowego do nowego rejonu rozmieszczenia oraz w czasie dowozu środków materiałowych rannym i chorym udzielana jest pomoc medyczna w kolumnach marszowych siłami i środkami organicznej służby zdrowia, a następnie ewakuowani są do najbliższych położonych dywizyjnych punktów medycznych lub szpitali stacjonarnych czy polowych.

Jednostki służby zdrowia takie jak bazy szpitalne frontu, medyczne bataliony wzmocnienia czy oddziały zabezpieczenia medycznego udzielają pomocy medycznej rannym i chorym członkom swoich załóg we własnym zakresie. Natomiast takie jednostki jak kompanie samochodów sanitarnych czy bataliony samochodów sanitarnych po udzieleniu pierwszej pomocy w ramach samopomocy i pomocy wzajemnej kierują rannych i chorych do etapów ewakuacji medycznej, w ogniwie których pracują. Z uwagi na powyższe eżeszne byłoby wprowadzić poprawki do etatów części jednostek tyłowych szczebla operacyjnego. Po pierwsze należałoby zaproponować, aby w kompanii medycznej FBMZ i ABMZ zamienić etat stomatologa na etat chirurga. Zmiana ta pozwoliłaby udzielać zamiast dotychczasowej pierwszej pomocy lekarskiej, pierwszą pomoc lekarską z elementami kwalifikowanej pomocy medycznej /chirurgicznej/. Po drugie w kompaniach transportowych oraz w składach polowych nie posiadających organicznej służby zdrowia wprowadzić etat podoficera sanitarnego, co podniosłoby na wyższy poziom udzielanie pomocy medycznej przez świadczenie usług na poziomie pomocy przedlekarskiej w czasie dowozu środków materiałowych.

SIŁY I ŚRODKI SŁUŻBY ZDROWIA JEDNOSTEK TYŁOWYCH SZCZEBŁA OPERACYJNEGO

1. Jednostki tyłowe

Tylna Baza Frontu /TBF/:

- pułk zabezpieczenia TBF - pluton medyczny /11 ludzi/, samochód sanitarny;
- batalion przeładunkowy TBF - pluton medyczny /5 ludzi/, samochód sanitarny;
- batalion transportowy - pluton medyczny /5 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład amunicji - ambulatorium /4 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład sprzętu czołgowo-samochodowego - pluton medyczny /3 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład sprzętu samochodowego - pluton medyczny /3 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład sprzętu inżyniersko-saperskiego - pluton medyczny /4 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład sprzętu kolejowego i przeładunkowego - ambulatorium /3 ludzi/, samochód sanitarny;
- połowy skład sprzętu drogowo-mostowego - ambulatorium /4 ludzi/, samochód sanitarny.

Brygada Materiałowego Zabezpieczenia Armii /Frontu/ /ABMZ, FBMZ/:

- szef służby zdrowia, epizootolog, podoficer sanitarny;
- kompania medyczna /22/: dowódca, lekarz, stomatolog, technik stomatologiczny, szef kompanii, dowódca drużyny, sanitariusze /7/, radiotelegrafista, kucharz, kierowca - sanitariusz /4/, kierowca /3/; wyposażenie: R-107, wzmacniacz mocy UM-1, sanitarne samochody /4/, sala opatrunkowa na samochodzie, kuchnia polowa, zbiornik na wodę 500 litrowy, samochód ciężarowo-szosowy /2/;
- trzy bataliony transportowe, w każdym pluton medyczny składający się z pięciu ludzi /dowódca-lekarz, podoficer sanitarny, dwóch sanitariuszy, kierowca, samochód sanitarny/;
- batalion transportowy mps - pluton medyczny /dowódca - lekarz, podoficer sanitarny, dwóch sanitariuszy, kierowca, samochód sanitarny/;
- połowy skład amunicji - pluton medyczny /dowódca - lekarz, pod-

oficer sanitarny, sanitariusz, kierowca - sanitariusz, samochód sanitarny/;

- połowy skład sprzętu czołgowo-samochodowego - pluton medyczny /dowódca - lekarz, sanitariusz, kierowca - sanitariusz, samochód sanitarny/.

Batalion zabezpieczenia TSD armii - pluton medyczny /9/, samochód sanitarny.

Batalion rurociągów dalekosiężnych - pluton medyczny /5/, samochód sanitarny.

Batalion dowozu RMW - trzy kompanie a w każdej drużyna sanitarna/3/, samochód sanitarny.

2. Jednostki komunikacji wojskowej

Brygada Drogowo-Eksploatacyjna /BDE/:

- cztery bataliony drogowo-eksploatacyjne /bde/, w każdym pluton medyczny /á 12/ rozwijający punkt medyczny, odpowiednik pułkowego punktu medycznego z 10 łózkami;

- dwa bataliony drogowo-mostowe /bdm/, w każdym pluton medyczny/4/.

Brygada Transportowa /BT/:

- batalion transportowy - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion transportowy mpa - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny.

Brygada Mostowa /BM/:

- batalion mostów składanych - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion przygotowanie konstrukcji - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion pontonowy - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny.

Brygada Wojsk Kolejowych /BWK/:

- batalion kolejowy - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion mostów kolejowych - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion techniczny - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion samochodowy - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny;

- batalion odbudowy urządzeń zabezpieczenia ruchu i łączności - pluton medyczny /4/, samochód sanitarny.

Batalion drogowo-eksploatacyjny /bde/:

- pluton medyczny /6/, samochód sanitarny.

Batalion remontu sprzętu drogowo-mostowego - pluton medyczny/4/, samochód sanitarny.

3. Jednostki służby zdrowia:

- bazy szpitalne frontu;
- medyczne bataliony wzmocnienia;
- oddziały zabezpieczenia medycznego;
- kompanie hospitalizacyjne;
- stacje krwiodawstwa;
- bataliony przeciwepidemiczne;
- bataliony autobusów sanitarnych;
- kompanie samochodów sanitarnych;
- wojskowe pociągi sanitarne.

W jednostkach tyłowych i komunikacji wojskowej znajduje się:

- 32 plutony medyczne;
- 3 drużyny sanitarne;
- 40 lekarzy medycyny;
- 41 samochodów sanitarnych.

Porównanie potencjału służby zdrowia jednostek tyłowych szczebla operacyjnego w aspekcie możliwości i potrzeb oraz przewidywanych strat sanitarnych w zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk w czasie działań bojowych pozwala stwierdzić, że istniejące siły i środki przeznaczone do udzielania pomocy przedlekarskiej i pierwszej pomocy lekarskiej nie będą w stanie zapewnić tej pomocy wszystkim rannym i chorym.

Reasumując należy stwierdzić, że aczkolwiek struktura organizacyjna służby zdrowia jednostek tyłowych szczebla operacyjnego w zasadzie odpowiada wymogom współczesnego pola walki, to jej aktualny stan sił i środków w świetle potrzeb zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk jest nie wystarczający.

Wydrukowano w 40 egz.

Egz. nr 1-40 Bibl. Nauk. DZS
Wyk.: płk Gembicki
Druk: KP, dn. 5.12.85 r.
Druk ASG WP nr pf-523/pf-2114/WW.
Kor. HW.

14

