

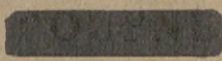


AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

ASG WP weun. 4151/88



Egz. Nr 1



Płk doc. dr hab. Bohdan GEMBICKI

**ZASADY DZIAŁANIA I MOŻLIWOŚCI PODODDZIAŁÓW
I ODDZIAŁÓW SŁUŻBY ZDROWIA ZWIĄZKÓW
TAKTYCZNYCH GŁÓWNYCH PAŃSTW NATO
W DZIAŁANIACH BOJOWYCH**

SKRYPT



55482

WARSZAWA

1988



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

ASG WP wewn. 4151/88



Egz. Nr1



Płk doc. dr hab. Bohdan GEMBICKI

ZASADY DZIAŁANIA I MOŻLIWOŚCI PODODDZIAŁÓW
I ODDZIAŁÓW SŁUŻBY ZDROWIA ZWIĄZKÓW
TAKTYCZNYCH GŁÓWNYCH PAŃSTW NATO
W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

SKRYPT



55482

WARSZAWA

1988

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

ASG WP wewn.4151/88

Egz.nr 1

Płk doc.dr hab. Bohdan GEMBICKI

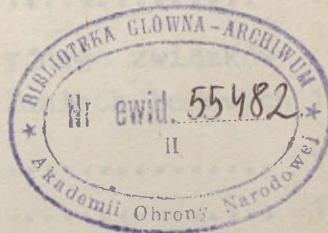
ZASADY DZIAŁANIA I MOŻLIWOŚCI PODODDZIAŁÓW
I ODDZIAŁÓW SŁUŻBY ZDROWIA ZWIĄZKÓW
TAKTYCZNYCH GŁÓWNYCH PAŃSTW NATO
W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Skrypt

JAWNE

Eugeniusz MOUTAK

08.M.2000.



WARSZAWA

1988 r.

SPIS TRESCI

	Strona
WSTĘP	3
1. OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA LOGISTYCZNEGO WOJSK LĄDOWYCH NATO W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH	3
1.1. Organizacja i zasady kierowania zabezpieczeniem logistycznym wojsk lądowych NATO w działaniach bojowych..	5
1.1.1. Stany Zjednoczone	5
1.1.2. Republika Federalna Niemiec	6
1.1.3. Wielka Brytania	6
1.2. Zasady zabezpieczenia logistycznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach zaczepnych ..	6
1.3. Zasady zabezpieczenia logistycznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach obronnych ...	7
2. OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO WOJSK LĄDOWYCH NATO W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH.....	8
3. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH GŁÓWNYCH PAŃSTW NATO W DZIAŁANIACH BOJOWYCH	10
3.1. System zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach bojowych 10	
3.1.1. Stany Zjednoczone	10
3.1.2. Republika Federalna Niemiec	12
3.1.3. Wielka Brytania	14
3.2. System zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwepidemicznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach bojowych	15
3.3. System zaopatrzenia medycznego związków taktycznych głównych państw NATO	16
4. ZAKOŃCZENIE	17
5. BIBLIOGRAFIA	18
6. ZAŁĄCZNIKI	19-21

WSTĘP

Współczesne działania bojowe charakteryzują się dużą intensywnością i w konsekwencji prowadzą do powstania znacznych strat w sile żywej walczących wojsk. Wojskowa służba medyczno-sanitarna znajdzie się w jakościowo nowej sytuacji, charakteryzującej się zmiennością, ogromną dynamiką działań bojowych, masowymi, powstającymi w krótkim czasie obrażeniami, trudnościami w zakresie ewakuacji medycznej oraz zaopatrzenia medycznego. Mając na uwadze zminimalizowanie następstw tych sytuacji, władze wojskowe NATO poświęcają wiele uwagi problematyce zabezpieczenia medycznego wojsk na polu walki, zwłaszcza w warunkach użycia broni masowego rażenia.

W NATO obowiązuje pogląd, że w sytuacji stałego zagrożenia utraty zdrowia lub życia zasadniczy wpływ będzie miała świadomość żołnierzy, że niezależnie od rozwoju wydarzeń mogą oni liczyć na szybką i skuteczną pomoc medyczną. Podstawową formą tej pomocy będzie jednak pierwsza pomoc koleżeńska. Żołnierz musi być przeświadczony, że w przypadku zranienia koleżdy potrafią udzielić mu pierwszej pomocy, wydostaną z zagrożonego miejsca i podadzą środki przeciwbólowe. Dalejsza pomoc będzie udzielona we właściwym czasie przez specjalistów służby medyczno-sanitarnej.

Organizacja wojskowej służby medyczno-sanitarnej jest różna w poszczególnych państwach NATO, ale naczelne dowództwo połączonych sił zbrojnych NATO w Europie dąży do ujednoczenia jej w ramach czterostopniowego systemu zabezpieczenia wojsk. Elementy tego systemu zaprezentowane są w trzecim rozdziale. Ciągłe doskonalenie broni zmusza dowództwo NATO do wypracowania jakościowo sprawniejszych systemów zabezpieczenia wojsk w czasie działań bojowych. Stąd też zwiększają się wymagania odnośnie zasad działania jednostek i urządzeń medyczno-sanitarnych oraz stałego doskonalenia ich organizacji i wyposażenia.

1. OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA LOGISTYCZNEGO WOJSK LĄDOWYCH NATO W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH

W okresie ostatnich kilku lat obserwuje się przyspieszoną modernizację sił zbrojnych paktu NATO.

Szczególnie duży nacisk położono na modernizację sił lądowych. Uwidacznia się to przede wszystkim przez wprowadzenie na wyposażenie tych wojsk nowych rodzajów uzbrojenia i sprzętu. Pociąga to za sobą

zmianę struktur organizacyjnych wojsk, określa się ich nowe zadania i metody prowadzenia walki. W konsekwencji modernizacja i reorganizacja jednostek bojowych postawiła nowe wymagania wobec całego systemu logistycznego wojsk oraz pociągnęła za sobą konieczność dostosowania struktury organizacyjnej tyłów odpowiednio do stawianych przed nimi zadań. Dotyczy to sił zbrojnych wszystkich głównych państw NATO i to przede wszystkim w kierunku integracji podobnych lub zbieżnych funkcji oraz efektywnego wykorzystania ich sił i środków. Dlatego też, aby móc w pełni poznać i zrozumieć obowiązujący i reorganizowany w ostatnim okresie system zabezpieczenia medycznego wojsk lądowych, zachodzi potrzeba zapoznania się ze strukturą organizacyjną i zasadami działania pozostałych pododdziałów, oddziałów i związków taktycznych tyłów armii, które wspólnie ze służbą zdrowia tworzą jednolity system zabezpieczenia logistycznego wojsk.

Należy podkreślić, że system logistyczny państw NATO podporządkowany jest realizacji wspólnego celu, tzn. wszechstronnemu zabezpieczeniu wojsk w czasie działań bojowych, ze szczególnym uwzględnieniem środków niezbędnych do życia i prowadzenia walki. Jest ono jednym z ważniejszych przedsięwzięć w pracy dowództw i sztabów w całokształcie planowania i organizacji działań bojowych. Dlatego też mimo istniejących różnic i specyfiki poszczególnych armii, korpusów armijnych, związków taktycznych wchodzących w skład NATO wspólne są niektóre kierunki determinujące system zabezpieczenia tyłowego ich sił zbrojnych.

Na czoło wysuwają się między innymi:

- zadania dowództw i jednostek zabezpieczenia logistycznego wojsk /zabezpieczenie materiałowe, medyczne, transportowe, techniczne itp./

- zasada, że siły lądowe będą prowadziły działania w składzie związków koalicyjnych /zintegrowanym/, natomiast zabezpieczenie logistyczne tych sił pozostanie nadal w gestii dowództw narodowych;

- zależność zabezpieczenia logistycznego wojsk od podziału teatru działań wojennych na odpowiednie strefy, obszary i rejony tyłów.

Teatr działań wojennych /TDW/ w systemie zabezpieczenia logistycznego dzieli się na:

- strefę działań bojowych;
- strefę komunikacji.

Strefa działań bojowych obejmuje tę część teatru działań wojennych, która jest niezbędna do prowadzenia walki i operacji. Jest ona określona liniami rozgraniczenia i dzieli się na przednią i tylną,

a ta z kolei na rejony armii polowych, korpusów armijnych, dywizji i brygad. Strefa komunikacji obejmuje obszar zawarty między tylną granicą strefy działań bojowych, a tylną granicą teatru działań wojennych. Jednakże pomimo analogicznych zadań i wspólnych poglądów w zakresie ogólnych zasad zabezpieczenia logistycznego wojsk w działaniach bojowych, realizacja tych zadań odbywa się w każdej armii NATO w sposób odmienny z uwzględnieniem własnej specyfiki. Stąd też problematykę zabezpieczenia logistycznego należy rozpatrywać w siłach zbrojnych każdego państwa NATO oddzielnie.

Do realizacji zadań zabezpieczenia logistycznego siły lądowe poszczególnych państw NATO posiadają odpowiednie organa dowodzenia, związki i oddziały oraz urządzenia tyłowe.

1.1. Organizacja i zasady kierowania zabezpieczeniem logistycznym wojsk lądowych NATO w działaniach bojowych

1.1.1. Stany Zjednoczone

Tyły amerykańskich sił lądowych składają się z elementów zabezpieczenia logistycznego, rozmieszczonych w USA /w tzw. strefie wewnętrznej/ i rozwiniętych na zamorskich teatrach działań wojennych. Na każdym TDW zorganizowane jest dowództwo tyłów sił lądowych. Dowództwo tyłów korpusu armijnego jest organem nadrzędnym wszystkich pododdziałów przeznaczonych do zabezpieczenia logistycznego dywizji oraz samodzielnych oddziałów i pododdziałów korpusu. Natomiast dowództwo tyłów dywizji jest organem nadrzędnym w stosunku do pododdziałów przeznaczonych do zabezpieczenia logistycznego brygad i batalionów oraz pozostałych samodzielnych pododdziałów dywizji. Skład tyłów dywizji przedstawiono w załączniku nr 1. Dowództwo tych dywizji wydziela ze składu organicznych pododdziałów pododdziały /kompanie/ do zabezpieczenia brygad pierwszego rzutu utrzymując część sił w odwodzie /z reguły pododdziały wydzielone z korpusu/. W systemie dowodzenia na szczeblu korpusu armijnego i dywizji organizuje się tyłowe stanowisko dowodzenia /TSD/. Niezależnie od tyłowego stanowiska dowodzenia w składzie operacyjnej części sztabu korpusu armijnego /dywizji/ rozmieszczonej na stanowisku dowodzenia znajduje się wydział tyłów /G-4/. Problematyka na szczeblu brygady koordynowana jest przez oficera kierunkowego wysyłanego z tyłów dywizji do oficera G-4 w sztabie brygady.

1.1.2. Republika Federalna Niemiec

Tyły zachodnio-niemieckich sił lądowych dzielą się na tyły wydzielone do wojsk operacyjnych NATO oraz na tyły stanowiące tzw. tyły narodowe wojsk obrony terytorialnej. Jednym z organów kierowania zabezpieczeniem logistycznym jest szef oddziału IV sztabu dywizji. Odpowiada on za organizację i kierowanie zabezpieczeniem logistycznym dywizji. Skład tyłów przedstawiono w załączniku nr 2. Cechą charakterystyczną zabezpieczenia logistycznego jest to, że nie obowiązuje zasada odpowiedzialności szczebla nadrzędnego za dowóz środków materiałowych. Zasada ta obowiązuje dopiero od szczebla batalionu w dół. W celu dowodzenia tyłami w siłach lądowych RFN organizuje się tyłowe stanowisko dowodzenia którego dowódcą jest szef oddziału G-IV.

1.1.3. Wielka Brytania

Tyły brytyjskich sił zbrojnych dzielą się na tyły sił rozmieszczonych na terytorium Wielkiej Brytanii i tyły rozmieszczone w strefie Brytyjskiej Armii Renu /BAR/. Najwyższym organem tyłów brytyjskich sił lądowych jest zarząd logistyczny sztabu sił lądowych. Dowództwu tyłów korpusu podlegają dowództwa tyłów dywizji. Skład tyłów przedstawiono w załączniku nr 3.

Dowóz zaopatrzenia materiałowego i ewakuacja rannych i chorych odbywa się w trzech etapach, tzw. liniach. Pierwszy etap realizują pododdziały i oddziały swoim transportem, drugi - dywizje lub grupy piechoty, a trzeci etap odbywa się siłami korpusu i obejmuje przerzut z baz w strefie komunikacji do rejonów dywizji i odwrotnie.

1.2. Zasady zabezpieczenia logistycznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach zaczepnych

W działaniach zaczepnych rozmieszczenie i rozwinięcie oddziałów i pododdziałów zabezpieczenia logistycznego jest ściśle powiązane i dostosowane do ugrupowania bojowego wojsk i charakteru wykonywanych przez nie zadań.

W dywizji rejon rozmieszczenia batalionu zaopatrywania znajduje się w odległości 20-25 km od walczących oddziałów^{1/}. W rejonie tym rozwija się dywizyjny punkt zaopatrywania, oddalony od korpusnych

1/ Zabezpieczenie logistyczne sił zbrojnych RFN. Sztab Gen.1171/84 s.53.

punktów zaopatrywania o 15-20 km^{2/}. Batalion obsługi technicznej dywizji rozmieszcza się na kierunku głównego uderzenia dywizji jak najbliżej pierwszorzutowych pododdziałów, natomiast inne pododdziały techniczne przydzielone dywizji kierowane są do wsparcia poszczególnych brygad jako wysunięte elementy zabezpieczenia technicznego brygad. W toku natarcia dąży się do tego, aby dywizyjne punkty zaopatrywania nie pozostawały w tyle dalej niż 60 km. Biorąc pod uwagę średniodobowe tempo natarcia 30-40 km, punkty te zmieniają rejon raz na dobę. W trakcie pościgu szczególną uwagę zwraca się na zabezpieczenie wojsk w paliwo i amunicję. Dlatego też jednostki wspierane są siłami i środkami przydzielonymi z korpusu. Batalion zaopatrywania nie rozwija się, przegrupowuje się w kolumnach pod osłoną drugich rzutów lub odwodów.

1.3. Zasady zabezpieczenia logistycznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach obronnych

Rozmieszczenie związków, oddziałów i pododdziałów oraz rozwinięcie urządzeń zabezpieczenia logistycznego zależy od ugrupowania bojowego wojsk i charakteru wykonywanych zadań. W obronie rejon rozmieszczenia pododdziałów zaopatrywania dywizji wyznacza się 40-60 km, brygady do 30 km, a batalionu do 15 km od przedniego skraju obrony. Ważna jest zasada, aby odległość punktów zaopatrywania dywizji i brygady od korpuśnych nie była większa niż 20-30 km^{3/}. W pobliżu punktów zaopatrywania dywizji rozwijają się bataliony obsługi technicznej.

W trakcie prowadzenia działań opóźniających dywizyjne i brygadowe punkty zaopatrywania przesuwane są na kolejne rubieże. W działaniach obronnych dużą rolę przywiązuje się do wyboru i utrzymania dróg dowozu amunicji. Z reguły dywizja w obronie wykorzystuje dwie główne i jedną zapasową drogę dowozu i ewakuacji, które biegną od korpuśnych punktów zaopatrywania do dywizyjnych i brygadowych i dalej do batalionowych punktów zaopatrywania. Drogę rokadową wybiera się z reguły na wysokości rejonów zaopatrywania brygad.

2/ Tamże s.53

3/ Tamże s.53

2. OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO WOJSK LĄDOWYCH NATO W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH

Wyposażenie wojsk w nowoczesne uzbrojenie i technikę bojową oraz wprowadzenie nowych form i metod walki wpłynęły bezpośrednio na problem organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk lądowych w czasie działań bojowych. Teoretycy służby zdrowia państw NATO przyjmują, że w obecnych i przyszłych warunkach prowadzenia wojny zabezpieczenie medyczne powinno charakteryzować się elastyczną strukturą organizacyjną wojskowej służby zdrowia, mogącej zapewnić udzielanie pomocy medycznej wszystkim rannym i chorym nawet w przypadku znacznych strat sanitarnych.

System zabezpieczenia medycznego wojsk powinien być:

- ruchliwy i elastyczny, tzw. przystosowany do funkcjonowania w trudnych warunkach i szybko zmieniającej się sytuacji oraz do doraźnych potrzeb wojsk w celu zapewnienia szybkiej realizacji planów operacyjnych całości sił zbrojnych;

- przystosowany do bezpośredniego zaopatrywania i obsługi wojsk, tzn. zapewniający optymalną strukturę organizacyjną służby zdrowia posiadającą możliwość organizowania i realizacji udzielania pomocy rannym i chorym oraz sprawnej ewakuacji z pominięciem pośrednich etapów celem skrócenia czasu i racjonalnego wykorzystania posiadanych sił i środków;

- nieskomplikowany, tzn. że czynności organizacyjno-administracyjne i specjalistyczno-medyczne oraz wyposażenie powinny być proste, zintegrowane, znormalizowane i zminimalizowane do realnie niezbędnych potrzeb zabezpieczenia medycznego walczących wojsk.

Powyższe założenia wynikają stąd, że jakość pomocy medycznej wywiera ogromny wpływ na morale żołnierzy. W związku z tym wojskowa służba zdrowia musi być dobrze zorganizowana, wyszkolona i wyposażona, musi szybko działać, gwarantować skuteczność leczenia i prędko ewakuować rannych z pola walki. Dla określenia perspektywicznych potrzeb planowania i koordynowania przygotowań medyczno-sanitarnych NATO posiada specjalny organ - "EUROMED", który zajmuje się również działalnością służby zdrowia NATO w czasie wojny. Wszystkie siły i środki medyczne państw NATO mają działać w jednolitym i połączonym systemie. Będzie to pięciostopniowy system zabezpieczenia sił zbrojnych, obrony terytorialnej kraju i ludności cywilnej.

Poszczególne stopnie systemu obejmują:

- pierwszy stopień - wyszukiwanie rannych, udzielanie doraźnej pomocy i przygotowanie ich do ewakuacji;
- drugi stopień - segregację, pierwszą pomoc medyczną oraz transport rannych i chorych do punktów opatrunkowych i szpitali polowych, w celu udzielenia dalszej pomocy medycznej;
- trzeci stopień - leczenie specjalistyczne w szpitalach dysponujących personelem chirurgicznym i reanimacyjnym;
- czwarty i piąty stopień - ewakuację rannych i chorych do szpitali stacjonarnych dysponujących możliwościami zapewniającymi całkowite wyleczenie oraz rehabilitację.

Do chwili obecnej każda armia NATO organizuje własną służbę zdrowia, a zabezpieczenie medyczne swoich wojsk odpowiednio do możliwości. Rozpatrując zabezpieczenie medyczne związków taktycznych w działaniach zaczepnych należy stwierdzić, że poszczególne elementy medyczne rozwijane są na kierunkach poszczególnych dywizji lub na głównych kierunkach działania wojsk. Podobnie rozmieszczone są kompanie ewakuacji i transportu rannych. Batalion sanitarny /kompania medyczna/ rozwija główny punkt sanitarny na zasadniczym kierunku uderzenia dywizji w odległości 10-15 km od rubieży styczności wojsk^{4/}. Podczas organizacji natarcia z marszu batalion sanitarny /kompania medyczna/ rozwijany jest między brygadowymi punktami opatrunkowymi a walczącymi wojskami dopiero wtedy, gdy pierwszorzutowe brygady oddalą się na odległość 30-40 km od własnych punktów opatrunkowych. W trakcie pościgu batalion sanitarny /kompania medyczna/ przekazuje rannych i chorych do punktów medycznych i szpitali szczebla nadrzędnego i przegrupowuje się do przodu skokami po 50-60 km na kierunku głównego działania dywizji^{5/}.

4/ Tamże s.51

5/ Zabezpieczenie logistyczne w siłach zbrojnych NATO. Sztab Gen. 1006/80, st.76.

Inaczej przedstawia się sytuacja w działaniach obronnych. Batalion sanitarny /kompania medyczna/ dywizji rozwija główny dywizyjny punkt opatrunkowy między dywizyjnymi a brygadowymi punktami zaopatrzenia /20-30 km od przedniego skraju/ w pobliżu dróg ewakuacji. Ponadto batalion i kompania sanitarna rozwijają dla sztabów i jednostek dywizji i brygady w rejonie drugich rzutów oddzielne punkty opatrunkowe. W trakcie prowadzenia działań opóźniających batalion sanitarny/kompania medyczna/z reguły nie rozwija punktu medycznego, a uruchamia swoje urządzenia dopiero w przypadku powstania znacznych strat sanitarnych.

Poszczególne struktury organizacyjne i systemy zabezpieczenia medycznego są zbliżone lub wzorowane w oparciu o koncepcję i rozwiązania służby zdrowia armii głównych państw NATO tj. USA i RFN. Istnieją jednak między nimi różnice wynikające z istniejących struktur organizacyjnych służby zdrowia, wyposażenia oraz możliwości profilaktycznych i leczniczo-ewakuacyjnych w procesie zabezpieczania medycznego wojsk w czasie działań bojowych.

3. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH GŁÓWNYCH PAŃSTW NATO W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

3.1. System zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach bojowych

3.1.1. Stany Zjednoczone

Do zasadniczych zadań służby zdrowia dywizji Stanów Zjednoczonych należy:

a. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne wojsk, które obejmuje przedsięwzięcia:

- zbieranie rannych z pola walki;
- segregację i ewakuację rannych i chorych do punktów opatrunkowych i szpitali;
- udzielanie rannym i chorym pomocy medycznej oraz ich leczenie i rehabilitację;

b. Zabezpieczenie sanitarnohigieniczne, przeciwepidemiczne oraz przed działaniem broni masowego rażenia obejmujące czynności:

- kontrolę przestrzegania zasad higieny;
- przeglądy sanitarne stanu osobowego wojsk;
- kontrolę zaopatrzenia w żywność i wodę;

- wykonywanie szczepień ochronnych;
- likwidację chorób zakaźnych;
- prowadzenie rozpoznania medycznego;

c. Zaopatrywanie stanu osobowego w środki sanitarne, sprzęt i materiały medyczne;

d. Prowadzenie szkolenia stanu osobowego wojsk w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej;

e. Analizowanie stanu zabezpieczenia medycznego wojsk nieprzyjaciela.

Działalnością służby zdrowia dywizji kieruje szef służby zdrowia dywizji, który pod względem służbowym podlega szefowi sztabu dywizji, a pod względem fachowym szefowi służby zdrowia korpusu. Podlega mu sekcja medyczna w kompanii dowodzenia dywizji /oficer oraz dziesięciu podoficerów i szeregowców/. Na wyposażeniu sekcji znajdują się dwa samochody sanitarne i jeden samochód ciężarowy. Podstawowym oddziałem służby zdrowia dywizji jest kompania medyczna.

W toku walki kompania medyczna może być wykorzystana:

- po przydzieleniu do pierwszorzutowych brygad rozwija brygadowe punkty opatrunkowe /dotyczy brygad działających na samodzielnych kierunkach/;

- na kierunkach brygad dywizja rozwija dywizyjne punkty opatrunkowe bez podporządkowywania ich brygadam.

W obydwu przypadkach dla pododdziałów nie wchodzących w skład brygad, kompania medyczna w rejonie tyłów rozwija dodatkowy punkt opatrunkowy. Ponadto kompania organizuje dywizyjny punkt medyczny zaopatrzenia w sprzęt i materiały medyczne.

Kompania medyczna w ciągu doby walki jest zdolna do udzielenia kwalifikowanej pomocy chirurgicznej i internistycznej ze wskazań życiowych 300 rannym i chorym, a pomocy lekarskiej ze wskazań życiowych 900 rannym i chorym. Jednorazowa zdolność ewakuacyjna kompanii wynosi 288, a w trzech rejsach 864 żołnierzy^{6/}

W toku walki na korzyść dywizji mogą działać następujące siły i środki korpusu:

- 60 łózkowy ruchomy szpital chirurgiczny;

- pluton śmigłowców sanitarnych /6 sztuk - jednorazowa zdolność ewakuacyjna 48 rannych i chorych/;

- 6 oddziałów śmigłowców /30 sztuk - jednorazowa zdolność ewakuacyjna 240 rannych i chorych/.

Ogółem przydzielony transport śmigłowcowy jest w stanie jednorazowo ewakuować 288, a 4-5 rejsami w ciągu doby 1152-1440 rannych i chorych.

Kompania samochodów sanitarnych jednorazowo ewakuuje 288, a w trzech rejsach w ciągu doby 864 rannych i chorych.

W wojskach lądowych USA obowiązuje system leczenia etapowego, w którym wyróżnia się następujące etapy:

- batalionowe punkty opatrunkowe;
- dywizyjne punkty opatrunkowe;
- na szczęblu korpusu ruchome szpitale chirurgiczne 60 i 400 łóżkowe.

W poszczególnych etapach ewakuacji medycznej udzielane są następujące rodzaje pomocy:

- pierwsza pomoc medyczna udzielana jest w kompanijnym punkcie zbiórki rannych przez patrole sanitarne oraz w ramach samopomocy i pomocy wzajemnej;

- pomoc lekarska udzielana jest przez personel plutonu medycznego batalionu w batalionowym punkcie opatrunkowym /powinna być udzielona 1-3 godzin od czasu zranienia/;

- kwalifikowana pomoc medyczna udzielana jest w dywizyjnych punktach opatrunkowych /powinna być udzielona 5-6 godzin od czasu zranienia/;

- specjalizowana pomoc medyczna udzielana jest w polowych i stacjonarnych szpitalach.

W wojskach lądowych Stanów Zjednoczonych obowiązuje zasada ewakuacji "do siebie", tzn. rannych i chorych ewakuuje się transportem sanitarnym przełożonego. Możliwe jest pomijanie etapów pośrednich podczas ewakuacji medycznej.

3.1.2. Republika Federalna Niemiec

Do podstawowych zadań służby zdrowia wojsk lądowych Republiki Federalnej Niemiec należy:

- utrzymanie wysokiego stanu zdrowotnego żołnierzy;
- udzielanie pomocy medycznej, ewakuacja i leczenie rannych i chorych;
- zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne wojsk i rejonów ich działania;
- zaopatrywanie wojsk w sprzęt i materiały medyczne;

- szkolenie sanitarne żołnierzy;
- analizowanie i stałe doskonalenie form zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych.

Na czele służby zdrowia dywizji stoi lekarz dywizji, który służbowo podlega dowódcy dywizji a fachowo lekarzowi korpusu. Organem dowodzenia służby zdrowia jest wydział sanitarny. Lekarzowi dywizji podlegają: dowódca batalionu medyczno-sanitarnego, lekarze brygad i samodzielnych pododdziałów dywizji. Głównym oddziałem służby zdrowia dywizji przeznaczonym do zabezpieczenia wojsk jest batalion medyczno-sanitarny. Do zadań kompanii dowodzenia i zaopatrywania batalionu medyczno-sanitarnego należy:

- zabezpieczenie dowodzenia;
- zabezpieczenie pod względem kwatermistrzowskim pododdziałów batalionu;
- zabezpieczenie brygad pod względem materiałowo-sprzętowym w dziale służby zdrowia;
- wzmocnienie brygad i batalionów personelem lekarskim z ruchomych sekcji lekarskich /każda sekcja składa się z trzech lekarzy/;
- rozwijanie dywizyjnego punktu opatrunkowego dla potrzeb sztabu i jednostek tyłowych dywizji.

Kompania medyczno-sanitarna batalionu może rozwinąć główny dywizyjny punkt opatrunkowy w odległości 20-30 km od rubieży styczności walczących wojsk, w celu udzielania pomocy chirurgicznej i internistycznej ze wskazań życiowych. Kompania ta siłami i środkami plutonu samochodów sanitarnych rozwija dywizyjny punkt zbiórki rannych oraz prowadzi ewakuację medyczną z punktów brygadowych. Zadaniem punktu zbiórki rannych jest odciążenie urządzeń służby zdrowia dywizji przez przyjęcie i ewakuację rannych na tyły. Zadaniem zapasowych kompanii sanitarnych jest uzupełnianie i szkolenie stanów osobowych służby zdrowia dywizji i brygad.

Stan osobowy batalionu medyczno-sanitarnego wynosi 1119 osób, w tym 40 lekarzy /20 chirurgów/. Dobowe możliwości udzielania pomocy przez personel batalionu wynoszą około 900 rannych i chorych, w tym wykonanie około 140 zabiegów chirurgicznych ze wskazań życiowych. Ewakuacja medyczna jednym rejsem 420-480 rannych i chorych. Hospitalizacja 480 żołnierzy niezdolnych do ewakuacji.

Batalion medyczno-sanitarny może swoimi siłami i środkami rozwinąć:

- główny dywizyjny punkt opatrunkowy na kierunkach pierwszorzętowych brygad;

- dywizyjny punkt opatrunkowy dla sztabu, drugiego rzutu i tyłów dywizji;

- dywizyjny punkt zaopatrywania w sprzęt i materiały medyczne;

- lądowisko w obrębie każdego dywizyjnego punktu opatrunkowego.

W szczególnych sytuacjach zamiast głównych dywizyjnych punktów opatrunkowych, siłami batalionu medyczno-sanitarnego mogą być rozwijane szpitale polowe pierwszej linii.

Służba zdrowia dywizji może otrzymać wzmocnienie:

- 90 łóżkowy szpital chirurgiczny z pułku szpitalnego;

- kompanię sanitarną z batalionu medyczno-sanitarnego korpusu;

- 2-3 grupy lekarzy specjalistów;

- kompanię samochodów sanitarnych.

W wojskach lądowych Republiki Federalnej Niemiec obowiązuje podobny system leczniczo-ewakuacyjny jak w Stanach Zjednoczonych.

3.1.3. Wielka Brytania

Zadania służby zdrowia wojsk lądowych Wielkiej Brytanii są podobne do zadań służby zdrowia pozostałych państw NATO.

Służbą zdrowia dywizji kieruje szef służby zdrowia przy pomocy sekcji medycznej w sztabie dywizji. Podstawowym oddziałem służby zdrowia dywizji jest batalion medyczny. Batalion składa się ze sztabu, dwóch szpitali polowych i kompanii ambulansów sanitarnych. Szpital polowy posiada 200 łóżek i w odległości około 10 km od rubieży styczności walczących wojsk rozwija wysunięty ośrodek chirurgiczny^{7/}.

Zadaniem ośrodka chirurgicznego jest wykonanie zabiegów ze wskazań życiowych, czasowa hospitalizacja oraz przygotowanie do dalszej ewakuacji rannych i chorych żołnierzy.

Kompania ambulansów sanitarnych, składająca się z dowództwa i 2-3 ambulansów sanitarnych, przeznaczona jest do:

- udzielania pierwszej pomocy, pomocy lekarskiej i pomocy kwalifikowanej ze wskazań życiowych;

- prowadzenia ewakuacji medycznej;

- zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwepidemicznego.

7/ Tamże, s.164-170.

W toku walki ambulanse sanitarne są wykorzystywane w następujący sposób:

a. Część ambulansów jest kierowana do pierwszorzutowych zgrupowań uderzeniowych lub na kierunki działań bojowych w formie:

- zmotoryzowanych patroli sanitarnych kierowanych do pierwszorzutowych pododdziałów;

- sił i środków do rozwijania wysuniętych punktów medycznych, w odległości 2-3 km od rubieży styczności walczących wojsk, na kierunku każdej pierwszorzutowej grupy bojowej;

- sił i środków do organizacji punktów zbiórki rannych, w odległości 4-5 km od rubieży styczności walczących wojsk, na kierunku każdego zgrupowania uderzeniowego;

b. Część ambulansów jest wykorzystywana do rozwijania polowych punktów opatrunkowych dywizji:

- głównego punktu opatrunkowego w odległości około 10 km od rubieży styczności walczących wojsk;

- polowego punktu opatrunkowego przeznaczonego do zabezpieczenia sztabu dywizji i jednostek nie wchodzących w skład zgrupowań uderzeniowych;

c. Pozostałość stanowi odwód szefa służby zdrowia dywizji.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne wojsk Wielkiej Brytanii realizowane jest na ogólnych zasadach obowiązujących w wojskach lądowych głównych państw NATO.

3.2. System zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwepidemicznego związków taktycznych głównych państw NATO w działaniach bojowych

W systemie zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwepidemicznego wojsk NATO rysują się tendencje ujednoczenia struktury i działania poszczególnych jednostek, jednak do tej pory występują odrębności, głównie w zakresie struktury organizacyjnej. W wojskach Stanów Zjednoczonych dopiero na szczeblu armii polowej występują oddziały sanitarno-przeciwepidemiczne wchodzące w skład brygady medycznej a działające na kierunkach korpusów. W wojskach Republiki Federalnej Niemiec na szczeblu dywizji w batalionie medyczno-sanitarnym występuje pluton sanitarny ABC /posiadający w etacie lekarza/, który nadzoruje pracę punktu zabiegów specjalnych oraz stan sanitarnohigieniczny i epidemiczny wojsk. Dywizja Wielkiej Brytanii posiada dywizyjną sta-

cję higieny polowej działającą w oparciu o punkty medyczne dywizji. Zabiegi specjalne przeprowadzane są przez pododdziały ABC w punktach zabiegów specjalnych organizowanych przy głównych punktach opatrunkowych. Wykrywanie skażeń biologicznych, nadzór nad zaopatrywaniem wojska w wodę i żywność odbywa się na ogólnie przyjętych zasadach obowiązujących w państwach NATO.

3.3. System zaopatrzenia medycznego związków taktycznych głównych państw NATO

Zaopatrzenie medyczne jest częścią składową systemu logistycznego. Według poglądów zachodnich specjalistów możliwości zabezpieczenia w sprzęt i materiały medyczne nie zrównoważą potrzeb. Znaczna część tych materiałów będzie musiała być dostarczona na kontynent europejski drogą morską lub powietrzną. W tym celu odpowiednio przystosowano i rozbudowano bazy morskie na terytorium Republiki Federalnej Niemiec i Holandii. Stan zapasów sprzętu i materiałów medycznych ocenia się szacunkowo w siłach zbrojnych USA w Europie na 90 dni walki /z tego w poszczególnych dywizjach na 3-5 dni/, RFN na 45 dni walki, a w pozostałych na 30 dni walki. W wojskach lądowych Stanów Zjednoczonych obowiązuje zasada, że przełożony jest odpowiedzialny za dowóz środków zaopatrzenia medycznego do podwładnego. W wojskach lądowych Republiki Federalnej Niemiec obowiązuje odwrotna zasada, tj. od batalionu wzwyż sprzęt i materiały medyczne należy pobierać od przełożonego własnym transportem. W Wielkiej Brytanii uzupełnianie środków zaopatrzenia medycznego odbywa się na podobnych zasadach jak w wojskach lądowych Stanów Zjednoczonych. Tyły dywizji zabezpieczają potrzeby brygad i batalionów oraz samodzielnych pododdziałów dywizyjnych, jak również wydzielają z organicznych pododdziałów zabezpieczenia materiałowego kompanie logistyczne zabezpieczenia brygad pierwszego rzutu. Pomocniczą rolę spełniają ośrodki kierowania zaopatrzeniem materiałowym i obsługi technicznej.

W batalionie medyczno-sanitarnym występuje sekcja zaopatrzenia medycznego, składająca się z oficera farmaceuty oraz dziewięciu podoficerów i szeregowców. Sekcja ta organizuje dywizyjny punkt zaopatrzenia medycznego.

System zaopatrzenia medycznego jest stale modernizowany i doskonalony. Do określania wielkości zapasów, ich dystrybucji oraz przewozu wykorzystuje się elektroniczną technikę obliczeniową. W wyniku re-

alizacji programów modernizacji wojskowej służby zdrowia wprowadzane są nowe urządzenia diagnostyczne i lecznicze oraz podwyższane są parametry użytkowe dotychczasowych urządzeń. Przedsięwzięcia te mają na celu jak najszybsze udzielanie pomocy rannym i chorym, maksymalne obniżenie strat sanitarnych, a co za tym idzie utrzymanie wojsk w pełnej gotowości do wykonania nakazanych zadań bojowych.

4. ZAKOŃCZENIE

Dążąc do maksymalnie skutecznego zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych naczelne dowództwo sił zbrojnych NATO wnikliwie analizuje współczesne konflikty lokalne, ocenia warunki działania i formy zagrożenia wojsk i na tej podstawie wypracowuje wnioski oraz podejmuje szereg przedsięwzięć organizacyjnych i szkoleniowych. Dotyczą one przede wszystkim:

- wprowadzenia nowych, efektywniejszych struktur organizacyjnych i wypracowania optymalnych zasad działania medyczno-sanitarnej służby, stosownie do wymogów współczesnego pola walki;
- poprawy stanu wyposażenia wojskowej służby zdrowia, głównie w zakresie środków transportu i ewakuacji rannych i chorych, sprzętu oraz materiałów medycznych;
- rozbudowy i przygotowania stałych elementów infrastruktury medycznej na wypadek działań wojennych;
- intensyfikacji szkolenia pojedynczego żołnierza w zakresie działania w warunkach różnorodnych form zagrożenia oraz umiejętności udzielania pomocy w ramach samopomocy i pomocy koleżeńskiej;
- podnoszenia kwalifikacji oraz sprawności działania personelu medycznego i pomocniczego.

W centrum uwagi pozostają również problemy związane z koniecznością reorganizacji wojskowej służby zdrowia, z dążeniem do jej ujednoczenia w ramach czterostopniowego systemu zabezpieczenia medycznego walczących wojsk i osiągnięcie tym samym wzrostu intensywności procesu leczenia oraz sprawnej ewakuacji do punktów medycznych. W celu zwiększenia skuteczności działania służby medycznej, przewiduje się zwiększenie liczby pojazdów sanitarno-ewakuacyjnych na gąsienicach, operujących na głębokość działania pierwszorzutowych pułków. Wraz z podwojeniem liczby tych pojazdów wzrośnie także liczba personelu medycznego w poszczególnych punktach medycznych.

Według poglądów teoretyków zachodnich najważniejszą rolę w udzie-

laniu pomocy rannym na polu walki, w ratowaniu ich życia będzie odgrywał czas. Skrócenie czasu do minimum wymaga wykonania szeregu przedsięwzięć i zależy od wielu czynników. Realizacja tych przedsięwzięć, usprawnianie działalności i ciągłe doskonalenie, jest gwarancją optymalnego wykonania zadań stojących przed służbą medyczno-sanitarną państw NATO.

5. BIBLIOGRAFIA

1. GAWRYLUK J. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne sił lądowych Bundeswehry. Przegląd kwatermistrzowski 1978 r.
2. GREINER B. Funkcjonowanie służby medyczno-sanitarnej Bundeswehry. Wojskowy Przegląd Zagraniczny 6/154/, 1983 r.
3. Informator o siłach zbrojnych RFN. Sztab Gen. 1091/82.
4. Informator o siłach zbrojnych Wielkiej Brytanii. Sztab Gen. 1146/83.
5. Informator o siłach zbrojnych Stanów Zjednoczonych. Sztab Gen. 1229/85.
6. Kompendium sił zbrojnych państw NATO Sztab Gen. 1200/85.
7. Leksykon wiedzy wojskowej. MON Warszawa 1985 r.
8. M.A. Zabezpieczenie logistyczne lądowych sił zbrojnych w TDW. Wojskowy Przegląd Zagraniczny 1/108/, 1979 r.
9. Porzuczek Cz. Zabezpieczenie logistyczne sił lądowych głównych państw NATO. ASG WP, Warszawa, 1980 r.
10. Z.A. Zabezpieczenie medyczne w siłach lądowych Stanów Zjednoczonych, RFN. Wojskowy Przegląd Zagraniczny 6/92, 1979 r.
11. Zabezpieczenie logistyczne w siłach zbrojnych NATO Sztab Gen. 1006/80
12. Zabezpieczenie logistyczne w siłach zbrojnych RFN. Sztab Gen. 1171/84.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA TYŁOW D

