

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



AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ

Kpt. mgr inż. Włodzimierz RYCERSKI

TERYTORYALNY SYSTEM ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY

Rozprawa doktorska



Biblioteka Główna
Akademii Sztuki Wojennej
58011

09-058011-000-0

58011

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej
S/3711

05-003711-002-0



AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ

WYDZIAŁ STRATEGICZNO - OBRONNY



kpt. mgr inż. Włodzimierz RYCERSKI

TERYTORYALNY SYSTEM ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY



Rozprawa doktorska
wykonana pod kierunkiem naukowym
płk. doc. dr. hab. Juliana BABULI

WARSZAWA

1998 ROK

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
Rozdział 1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE ROZPRAWY	19
Rozdział 2. GENEZA SYSTEMU ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH.....	29
2.1. Tło historyczne	29
2.2. Organizacja zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w okresie II wojny światowej.....	35
2.2.1. Zabezpieczenie medyczne Wojska Polskiego w czasie kampanii wrześniowej	37
2.2.2. Zabezpieczenie medyczne Wojska Polskiego (1943-1945)	41
2.2.3. Zabezpieczenie medyczne armii niemieckiej w latach II wojny światowej	47
2.2.4. Zabezpieczenie medyczne Armii Czerwonej w latach 1941-1945	50
2.3. Organizacja systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP po 1945 roku	53
2.4. Aktualny stan systemu medycznego Sił Zbrojnych RP na czas wojny	56
2.5. System zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej	61
2.6. System zabezpieczenia medycznego Bundeswehry	67
Rozdział 3. POTRZEBY OPERACYJNE W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY.....	75
Rozdział 4. ORGANIZACJA TERYTORIALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY (TSMed)	101
4.1. Naukowe podstawy tworzenia TSMed	101
4.2. Rola i relacje terenowej administracji wojskowej i cywilnej w TSMed	105
4.3. Możliwości w zakresie organizacji TSMed	109

4.4 Struktura organizacyjna TSMed	115
4.5. Zasady funkcjonowania TSMed	124
Rozdział 5. ŚRODKI MATERIAŁOWO - TECHNICZNE TSMed	134
Rozdział 6. STAŁA GOTOWOŚĆ BOJOWA I MOBILIZACYJNA TSMed	144
ZAKOŃCZENIE	150
BIBLIOGRAFIA	155
SKRÓTY WOJSKOWE I ZNAKI TAKTYCZNE STOSOWANE W PRACY	160
WYKAZ RYSUNKÓW	164
ZAŁĄCZNIKI	166
ANEKSY	167

W S T Ę P

Prezentowana rozprawa doktorska jest rezultatem moich wieloletnich przemyśleń, dociekań, a następnie badań prowadzonych w ramach instytucji służby zdrowia Sił Zbrojnych RP, w których przyszło mi pełnić obowiązki służbowe.

W 1986 roku zostałem przeniesiony służbowo z liniowej jednostki wojsk obrony przeciwlotniczej do jednego z przedsiębiorstw podległych Szefostwu Wojskowych Przedsiębiorstw Remontowo-Produkcyjnych. Były to Wojskowe Zakłady Elektroniczne w Zielonce - wiodący w Polsce i o dużym znaczeniu w Układzie Warszawskim, wielowydziałowy zakład zajmujący się remontem szeroko rozumianego sprzętu radiolokacyjnego. Braki lub nieterminowość dostaw części zamiennych przy konieczności zapewnienia stałej gotowości bojowej sprzętu w jednostkach WOPK i OPL były dla kadry inżynierskiej inspiracją do poszukiwania skutecznych rozwiązań tych problemów. Wówczas właśnie głębiej zainteresowałem się technicznym zabezpieczeniem działań bojowych.

Ukończenie stacjonarnych studiów podyplomowych w Instytucie Systemów Zabezpieczenia Technicznego Wojsk i napisanie pod kierunkiem gen. bryg. Mieczysława Bronowickiego pracy podyplomowej zainteresowania te pogłębiło i usystematyzowało¹. Praca ta, o tematyce związanej z procesami zaopatrywania Wojskowych Zakładów Elektronicznych miała być przyczynkiem do zmian organizacyjnych, jednak przemiany ustrojowe w kraju, mające początek w 1989 roku,

¹ gen. bryg. Mieczysław Bronowicki - teoretyk organizacji zabezpieczenia logistycznego wojsk, 1985-1990 Komendant Instytutu Systemów Zabezpieczenia Technicznego Wojsk Wojskowej Akademii Technicznej

zmieniły zasady funkcjonowania Wojskowych Przedsiębiorstw Remontowo-Produkcyjnych i straciła ona sens praktyczny.

Podjęcie służby w Centralnym Szpitalu Klinicznym WAM na stanowiskach inżyniera Wydziału Remontów Sprzętu Medycznego (polowa technika medyczna) a następnie kierownika Sekcji Przechowywania Zapasów Wojennych umożliwiło mi poznanie zasad funkcjonowania wojskowej służby zdrowia zwłaszcza w zakresie przygotowań do mobilizacji i wojny. Tu także poznałem środki techniczne i medyczne przewidziane dla realizacji powyższych zadań. Tak w mojej opinii, jak i wielu zainteresowanych tą problematyką osób przyjęte obecnie rozwiązania nie odpowiadają poziomowi nowoczesnej obsługi medycznej sił zbrojnych. Ponadto, moim zdaniem, sformułowana w 1981 roku zasada działania Wojskowych Rejonów Lecznicznych², w ówczesnych uwarunkowaniach operacyjnych skuteczna i nowoczesna, nie jest spójna z aktualną organizacją i przewidywanym działaniem sił zbrojnych. Nie uwzględnia istnienia Wojsk Obrony Terytorialnej, autonomicznej obrony państwa czy przewidywanych działań nieregularnych.

Koncepcja Wojskowych Rejonów Lecznicznych nie odpowiada także wymaganiom przyszłej wojny, a zaistniałe w wyniku przemian politycznych zmiany w strukturach państwa narzucają absolutną konieczność rewizji dotychczasowych poglądów na ich funkcjonowanie w czasie wojny³. **Koronnym argumentem**, przemawiającym za dogłębną analizą obecnego systemu WRL jest fakt, że tworzono go

² **Wojskowy Rejon Leczniczny (WRL)** - obszar obejmujący 2-4 województwa, którego komendant jest podporządkowany fachowo i służbowo szefowi służby zdrowia OW. Znajduje się tu wiodący szpital wojskowy i szpitale nowoformowane. W czasie wojny komendantowi WRL podlegają pod względem fachowym i służbowym komendanci pozostałych szpitali wojskowych stacjonarnych i nowoformowanych. W rejonie tym mogą być dyslokowane ponadto wojskowe szpitale rezerwowe (**WSzR**), zmilitaryzowane szpitale garnizonowe (**ZSzG**), szpitale ewakuacyjne (**SzE**), szpitale publicznej służby zdrowia wydzielające łóżka dla potrzeb sił zbrojnych. (def. autora)

³ W. Kaczmarek, Z. Ściborek: Przyszła wojna - jaka? BUWiK. Warszawa 1995

dla działań wojsk w dalekich przestrzeniach operacyjnych poza granicami kraju, a obecnie działania te przewiduje się zasadniczo na terenie Polski.

Uwzględniając dążenia Polski do jak najszerzego udziału w sojuszach zwiększających nasze bezpieczeństwo i przygotowując się do przyjęcia, zgodnie z ustaleniami Szczytu Madryckiego, do NATO, dla zapewnienia suwerenności i pełnego bezpieczeństwa państwa musimy stworzyć własny, samowystarczalny system obronny⁴. W ramach tego zorganizowanie i właściwe wykorzystanie służby zdrowia, tak wojskowej jak i cywilnej staje się potrzebą chwili.

Obowiązujące w systemie WRL uregulowania prawne, jako przestarzałe bądź nieprecyzyjne także nie tworzą dobrej płaszczyzny współpracy wojskowej służby zdrowia z administracją rządową, samorządową i innymi organizacjami. W ostatnim czasie w literaturze fachowej zaczyna mówić się o powyższych problemach, niestety sposób potraktowania tematu budzi wiele wątpliwości⁵. Głębiej poruszają je tylko nieliczne jeszcze opracowania⁶.

Trwały pokój na świecie jest ogólnym życzeniem społeczeństw, niemniej jednak, biorąc pod uwagę doświadczenia historyczne stan taki na dłuższą metę jest mało prawdopodobny. Z doświadczeń tych wynika, że w okresach przejściowych rodzą się różnego rodzaju napięcia polityczne, etniczne i wyznaniowe, a również roszczenia

⁴ W. Łepkowski: Reforma armii a perspektywa przynależności do paktu NATO, *Myśl Wojskowa* nr 1/94 str. 24-27

⁵ A. Pomirski: Przygotowanie infrastruktury Państwa w działaniach obronnych. *Myśl Wojskowa* 4/97 str. 63-64

⁶ J. Wojnarowski: Mobilizacja gospodarki narodowej na rzecz sił zbrojnych, *Zeszyty AON*, str. 80, 3/95
Z. Kwiasowski, B. Lasota: Publiczna służba zdrowia jako element układu pozamilitarnego systemu obronnego państwa. *Myśl Wojskowa* 2/95 str. 89
R. Zoń i wsp.: Organizacja zabezpieczenia medycznego korpusu zmechanizowanego w przeciwwuderzeniu. *Zeszyty AON*, 1/96 str. 141

terytorialne. Skalę tych zjawisk potęgują dodatkowo ujawniające się, często po latach pozornego pokoju, zaszłości historyczne.

W tej sytuacji można jedynie zakładać, że skala konfliktów będzie mniejsza, a środki walki ograniczone w stosunku do niedawno przewidywanych scenariuszy starcia NATO - UW. Nie znaczy to jednak, że w planowaniu strategicznym nie należy brać pod uwagę różnych wariantów konfliktów, włącznie z użyciem broni masowego rażenia. Powszechnie deklarowane działania rozbrojeniowe „gigantów jądrowych” broni tej przecież nie eliminują.

W wyniku zmian na militarnej mapie Europy znalazła, lub mogła znaleźć się ona w rękach sił dotychczas nią nie dysponujących. Przestrzeń operacyjna natomiast, w ewentualnym konflikcie Wschód - Zachód, może objąć również obszar naszego kraju⁷.

Rozwiązanie się Układu Warszawskiego, powstanie Federacji Rosyjskiej, Ukrainy, Białorusi, Litwy, Słowacji i Republiki Czeskiej także komplikuje naszą sytuację geopolityczną w ujęciu bezpieczeństwa narodowego. Deklaracja o przyjęciu Polski do Paktu Północnoatlantyckiego jest dobrą prognozą na przyszłość, lecz jej skutki są na razie odległe⁸.

Opisane wyżej procesy zmuszają nasz system obronny a w nim siły zbrojne do gruntownej przebudowy strukturalnej, funkcjonalnej i technicznej. W przewidywanych scenariuszach konfliktów Polska będzie stosować **obronę z elementami zaczepnymi**. Pod takim właśnie kątem widzenia należy patrzeć na konieczność przebudowy całości systemu obronnego państwa.

⁷**Przestrzeń operacyjna:** Trójwymiarowy obszar zamknięty granicą państwową i sferyczną, na którym mogą być prowadzone działania wojenne. (def. autora)

⁸ Lipcowy Szczyt w Madrycie 08.07.97r.

Funkcja odstrasżająca systemu obronnego, a zwłaszcza sił zbrojnych może być realizowana skutecznie przez możliwość wykonania silnych, natychmiastowych przeciwuderzeń na siły napastnika, zadanie im jak największych strat i uniemożliwienie dalszego działania. Aby to mogło realnie zaistnieć wojska operacyjne muszą być bardzo mobilne i wszechstronnie przygotowane do prowadzenia działań bojowych (operacji).

Ściśle z nimi współdziałać będą wojska Obrony Terytorialnej, wyposażone w nowoczesne, lekkie środki walki, działające w oparciu o lokalne zasoby ludzkie. Całość tak rozumianego systemu skutecznej obrony Państwa, przy obecnej, raczej słabej sytuacji gospodarczej, wytyczać powinna kierunki przemian.

Z powyższego wynika, że rzymska maksyma „Si vis pacem - para bellum” nie traci na aktualności pomimo pozornego spokoju w naszym obszarze strategicznym.

Trwające w Polsce i jej otoczeniu przemiany wywierają bezpośredni wpływ na strukturę i funkcjonowanie wszystkich podmiotów państwa. Wynikająca z tego nowa doktryna wojenna państwa spowodowała między innymi konieczność dokonania zmian w organizacji, stanie liczebnym i zasadach wykorzystania sił zbrojnych.

Jednym z istotnych zadań w tej dziedzinie jest przygotowanie sprawnego systemu zabezpieczenia medycznego wojsk. Problem ten, uznawany zawsze za bardzo ważny, nigdy nie był do końca rozwiązany. Świadczą o tym zarówno doświadczenia czasu wojny jak i pokojowej działalności sił zbrojnych. Waga tego problemu wzrosła obecnie jeszcze bardziej z uwagi na przewidywaną wielkość strat sanitarnych, a także znaczne trudności ekonomiczne państwa i wojska, mające duży wpływ na sposób rozwiązywania wielu problemów obejmujących przygotowania do obrony kraju. Liczą

się rozwiązania skuteczne, ale jednocześnie zapewniające racjonalne wykorzystanie sił i środków.

Ewolucja metod prowadzenia współczesnych wojen narzuca bezwarunkowe odstąpienie od improwizacji, tworzenia rozwiązań doraźnych a zmusza do naukowego i systemowego rozwiązywania powstających problemów. Dzisiejsza wojna pomimo bazowania na zautomatyzowaniu dowodzenia i przekazywania informacji, szybkości i precyzji podejmowania decyzji pozostawia jednak wiele miejsca na ujawnienie się talentu dowódcy i wykazanie sprawności jego sztabu⁹. Moim zdaniem dla jej efektywnego prowadzenia liczy się dokładne planowanie, wszechstronne przygotowanie działań przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć nauk wojskowych i technicznych. Konflikt zbrojny powinien być rozegrany według wcześniej przygotowanego scenariusza z uwzględnieniem powstałej sytuacji polityczno-militarnej (operacyjnej). Na ile scenariusz ten uda się narzucić przeciwnikowi, to, jak sądzę zależy właśnie od talentu i szczęścia wojennego dowódcy.¹⁰

Do rozwiązywania szczególnie złożonych problemów (np. ekonomicznych, demograficznych, technicznych, informatycznych) powinno się angażować specjalistów cywilnych, reprezentujących określone uczelnie i ośrodki naukowe. Tak postępuje się w armiach państw Europy Zachodniej, z wyraźną korzyścią dla ich sił zbrojnych. Współczesne siły zbrojne funkcjonują (i będą walczyć) w tak złożonych warunkach, że sięganie do tych źródeł wiedzy jest w pełni uzasadnione.

Odwoływanie się przeze mnie do klęski powodzi jaka dotknęła nasz kraj i wiązanie jej z tematem rozprawy może być polemiczne. Jestem jednak przekonany, że

⁹ K. Nożko: Wiedza, doświadczenie i kunszt dowódczego działania w tworzeniu przewagi. Myśl Wojskowa 2/95 str.94-95

¹⁰ W. Mróz: Zarys kierowania i organizacji pracy dowódczej i sztabowej Szt. Gen. 844/77
J. Babula: Rola decyzji w życiu i działalności wojska. Myśl Wojskowa 3/95 str. 23-31

pewne masowe zjawiska, które wystąpiły podczas tej gigantycznej, od stuleci niespotykanej klęski żywiołowej na pewno mają odniesienie w rozważaniach o przyszłej wojnie i jej wpływie na funkcjonowanie organów państwa, a także wojska.

Nie wykorzystując doniesień telewizyjnych, radiowych czy prasowych, natomiast prowadząc badania na bieżąco, poprzez działania w sieci łączności Polskiego Związku Krótkofalowców stanowczo mogę stwierdzić następujące fakty, mające miejsce na terenach powodziowych¹¹:

- istniejąca sieć łączności państwowej jest nieprzystosowana do innych warunków pracy niż standard pokojowy;
- środki i systemy łączności służb ratowniczych nie są ze sobą kompatybilne (współpracujące);
- nie ma jednolitego organu koordynującego i prowadzącego akcję przeciwpowodziową;
- zdecydowanie niewystarczające jest zabezpieczenie medyczne na terenach objętych powodzią;
- w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego odczuwa się brak i doraźnie poszukuje w całym kraju szczepionek, środków opatrunkowych, strzykawek (Akcja „Powódź” w dn. 18.07.97r. w CSK WAM). W szpitalach nie ma rezerwowych źródeł zasilania elektrycznego i zapasów wody pitnej (bądź źródeł rezerwowych) lub systemów uzdatniania wody;
- niską decyzyjność i brak koordynacji, jak również elementarnego przygotowania do działania w sytuacjach kryzysowych organów rządowych, samorządowych i Obrony Cywilnej wszystkich szczebli.

¹¹ Dziennik pracy radiostacji SPSAVY poz. 1135 z dn. 13.07.97r. godz. 21.30, 0.30

Dopatrując się szeregu analogii między klęską powodzi o tak ogromnej skali, jak ta, która miała miejsce latem 1997 roku a zjawiskami, które mogą wystąpić w czasie wojny stwierdzam, że **prace nad stworzeniem wydolnego, sprawnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych na czas wojny należy podjąć niezwłocznie**¹². Przemawia za tym bezwzględna konieczność uniknięcia w czasie wojny błędów jakie zdarzyły się podczas powodzi, a te wystąpiły przecież w czasie pokoju !

Mam nadzieję, że podjęty przeze mnie temat pracy będzie przyczynkiem do prowadzenia dalszych badań nad optymalnym wykorzystaniem sił służby zdrowia w wypadku ewentualnej wojny. Problematyka ta jest ściśle związana z całością rozważań o przyszłej wojnie. Była ona zresztą podejmowana jako temat opracowań naukowych także w przeszłości¹³.

Nauki i doktryny wojskowe mają tę właściwość, że dopiero wojna może dać odpowiedź na pytanie, na ile były słuszne kierunki prowadzonych przez długie lata prac studyjno - badawczych i przygotowawczych. Operacyjne gry wojenne, ćwiczenia i treningi sztabowe oraz próby z bronią i sprzętem prowadzone na poligonach tylko w pewnym stopniu mogą dać pojęcie o warunkach rzeczywistych działań bojowych.

W wypracowaniu doktryny wojennej, a także w przygotowaniach mobilizacyjnych i materiałowo - technicznych szczególne miejsce zajmują studia nad minionymi wojnami. Mimo zmieniających się warunków i potrzeb doświadczenia przeszłości mają tę przewagę nad symulowanymi warunkami pola walki, iż działały się naprawdę. Współczesna, efektowna symulacja komputerowa - planistyczna bądź

¹² Dalej: **TSMed**

¹³ Cz. Marmura: Wybrane poglądy oficerów lekarzy na organizację i taktykę służby zdrowia w myśli wojskowej II Rzeczypospolitej. Zeszyty naukowe AON nr 1/1996 s. 173-183.

operacyjna, oprócz skrócenia procesów decyzyjnych nie różni się w istocie od działania geniuszu klasyków myśli (i praktyki) wojennej: Bonapartego, Clausewitza, von Moltke starszego i młodszego, Schlieffena, Ludendorffa, a z młodszej generacji Guderiana i Żukowa.

Badając minione wojny można śledzić zarówno skomplikowany proces przygotowania poszczególnych państw do wojen, jak sam ich przebieg, wreszcie następstwa i skutki.

Moim zdaniem za twórcę nowoczesnej szkoły myślenia strategicznego uważać należy feldmarszałka Alfreda von Schlieffena. Szkoła ta, nie wykluczając kontrowersji między tradycjonalistami (Clausewitz, von Moltke starszy) a grupą nowoczesnych badaczy - praktyków (Guderian, Justrow, Mantey) dała podstawy naukowe wojny błyskawicznej (Totaler und Blitzkrieg)¹⁴. Za najważniejszy cel w przygotowaniach wojennych Schlieffen uważał „inteligentne przygotowanie Sztabu Generalnego do znacznie powiększonej armii (okresu wojny) i nieskończenie bardziej skomplikowanych problemów koordynacji i kierowania” (niż w czasie pokoju - przyp. aut.).

Ponieważ możliwości błędów i nieporozumień w kierowaniu nowoczesną bronią wzrastały, więc dowodzenie musiało być tym bardziej niezawodne. Ideą Schlieffena, nazwaną „Vernichtungsgedanke” (idea zniszczenia), było eliminowanie raz na zawsze z obszaru strategicznego sił przeciwnika, niepoprzestawanie na łatwym sukcesie pozostawiającym siły te nienaruszone i zdolne do podjęcia walki. Za najlepszą i jedynie pewną metodę unicestwienia przeciwnika w epoce masowych armii uznawał uderzenia na czułe i odsłonięte skrzydło i linie komunikacyjne („atak na skrzydło

¹⁴ W. Kozaczuk: Wehrmacht 1933-1939, Warszawa, MON 1978

i tyły”), w którym upatrywał „całą istotę historii wojen”. Całościowe ujęcie sytuacji operacyjnej daje przesłanki, by przy podjęciu decyzji skupić się na decydującym punkcie (Schwerpunkt). Termin ten, sformułowany przez Clausewitza oznacza „skupienie sedna sytuacji w jednym decydującym punkcie”. Specyficzną niemiecką formą działań w nowoczesnej wojnie manewrowej mającą doniosłą rolę np. w boju spotkaniowym (Begegnungsgefecht) jest „gotowość dowódców do wydawania rozkazów w mgle niepewności” i „gotowość do wyzyskania umykającej szansy”.

Dla odróżnienia od wyżej opisanych niemieckich kanonów operacyjnych, w armii francuskiej istniała skłonność do przewlekłego wyjaśniania sytuacji, do angażowania większości sił dopiero po zebraniu dokładnych informacji o przeciwniku i atakowania tylko wówczas, gdy jest on wyraźnie słabszy lub gdy zajdzie konieczność obsadzenia ważnego punktu czy rejonu. W innych przypadkach zalecano działania obronne lub opóźniające, mające zapewnić niezakłócone rozwinięcie wojsk. Takie ujęcie problematyki wojny, mające głębokie źródła w koalicyjnie wygranej I wojnie światowej, w epoce nowoczesnych broni połączonych dało druzgocącą klęskę Francji w 1940 roku - pomimo (jak się okazało - pozornej) potęgi wojskowej i ekonomicznej. Znany nowoczesny dowódca francuski tego okresu, oficer wojsk pancernych i teoretyk wojskowości, płk dypl. Charles de Gaulle wobec konserwatyzmu głównodowodzącego gen. Gamelina nie mógł mieć wpływu na rozstrzygnięcia bitew czy walk z siłami pancernymi gen. Guderiana, a zresztą jego ówczesna pozycja służbowa (dowódca związku taktycznego) nie umożliwiała mu tego.

W Armii Czerwonej po czystkach lat 1936 - 38, oskarżeniu i straceniu czołówki teoretyków i dowódców, nowoczesna myśl wojskowa nie miała racji bytu. Brak myśli przewodniej działania sił zbrojnych, silnej indywidualności kompetentnego dowódcy

i uwikłanie władz państwowych w zwalczanie „wroga wewnętrznego” spowodowało hekatombę 22 czerwca 1941 roku. Pomijając szereg innych względów była ona niewątpliwą konsekwencją braku współczesnej, porównywalnej z niemiecką sztuki operacyjnej, taktyki i organizacji sił zbrojnych. Dopiero po zatrzymaniu Niemców, osiągających tempo w natarciu średnio 60 km/dobę, prace ocalałego z „pogromu” 1937 roku teoretyka operacji, marsz. Szaposznikowa nabrały znaczenia¹⁵. Niebywała wręcz zdolność odtwarzania, wycofanego na głębokie zaplecze i słabego skądinąd potencjału przemysłowego w czasie walk krwawo broniącej się pierwszej linii, umożliwiła uzbrojenie, przerzucenie i wprowadzenie do boju doborowych dywizji syberyjskich. Kolejne dozbrajanie nowoczesną bronią, bezwzględna mobilizacja gospodarcza i wreszcie sięgnięcie do opracowań teoretyków wojskowości umożliwiło po okresie klęsk przejście do kontrofensywy. Pierwsze zwycięstwa (rozbitcie i wzięcie do niewoli 6 Armii gen. Paulusa, utrzymanie Kerczu, zwycięstwo na Łuku Kurskim) pomijając liczne inne uwarunkowania były owocem stworzenia i zastosowania nowoczesnej sztuki operacyjnej Armii Czerwonej. Trudno oceniać, na ile były one samodzielnym tworem sztabowców Armii Czerwonej - widać w nich echa niemieckiej szkoły wojennej, co jest zrozumiałe, gdyż podstawowe kanony wojowania od tysiącleci są niezmiennie - podlegają jedynie modyfikacjom czasu, rozwoju techniki, myśli i sztuki wojennej, jak również geniuszu dowódców¹⁶.

Nowością było tu niewątpliwie, jak na ogólne zacofanie, użycie Armii i Korpusów Pancernych skutecznie współdziałających z nowopowstałym lotnictwem szturmowym¹⁷. Takie rozwiązanie organizacyjne stworzyło szybki, decydujący o

¹⁵ S.Sztemienko: Sztab Generalny w latach wojny, MON, Warszawa 1969

¹⁶ A. Karpiński: Dowodzenie w Armii Radzieckiej podczas II wojny światowej (wybrane zagadnienia), MON, Warszawa 1973,

¹⁷ Żukow GK: Wspomnienia i refleksje, MON, Warszawa, 1970

powodzeniu i przechwyceniu inicjatywy operacyjnej „taran”, który skierowany w myśl schlieffenowskiej zasady na „Schwerpunkt” wielokrotnie dowiódł jego skuteczności - zgodnie z zasadami walki broni połączonych.

Z powyższych rozważań wynika, że niezależnie od przyjętych przez współczesne armie rozwiązań operacyjnych występują zawsze stałe czynniki decydujące o prawdopodobieństwie powodzenia: zaskoczenie, szybkość, manewr, koncentracja wysiłku, pełne unicestwienie przeciwnika, osiągnięcie celów operacyjnych i strategicznych.

Wobec zaistniałych na świecie przemian geopolitycznych, Polska z pozycji znaczącego w Układzie Warszawskim sojusznika znalazła się na pozycji państwa militarnie osamotnionego, z armią i gospodarką w fazie permanentnych przemian. Nadzieją na lepszą przyszłość jest tu propozycja przyjęcia nas do paktu NATO.

Podsumowując powyższe rozważania należy z całą mocą podkreślić, że w zarysowanej wyżej sytuacji potrzebą chwili jest poszukiwanie rozwiązań zachowujących i odbudowujących zdolność obronną państwa. Polem, na którym należy te zagadnienia próbować rozwiązać, jest badanie struktur i organizacji aktualnie działających na rzecz obronności.

Moja praca poświęcona jest ważnemu fragmentowi systemu sił zbrojnych i obrony państwa - organizacji służby zdrowia sił zbrojnych i jej mobilizacyjnego rozwinięcia. Istota tego rozwiązania polega na maksymalnym wykorzystaniu dla tego celu możliwości istniejącej w czasie pokoju cywilnej bazy leczniczej. Kierunek takiego postępowania wydaje się obecnie celowy i w pełni uzasadniony.

Możliwości istniejącej w czasie pokoju, wojskowej i cywilnej służby zdrowia mają duże znaczenie w tym projekcie. Racjonalne ich wykorzystanie zapewni znaczące

wzmocnienie służby zdrowia walczących wojsk. Jak dowodzi historia wojen, żołnierz na polu walki mając gwarancję szybkiego i skutecznego zaopatrzenia, ewakuacji i leczenia, występuje z dużą pewnością siebie, zaciętością i uporem. Z drugiej strony ludność cywilna tworząca zaplecze i zręby obrony terytorialnej, o ile ma pewność tego samego, działa nie mniej skutecznie.

Uważam, że przedstawione w pracy rozwiązania i propozycje mogą przyczynić się do wzmocnienia jednego z ważnych elementów SZ RP i systemu obronnego Polski.

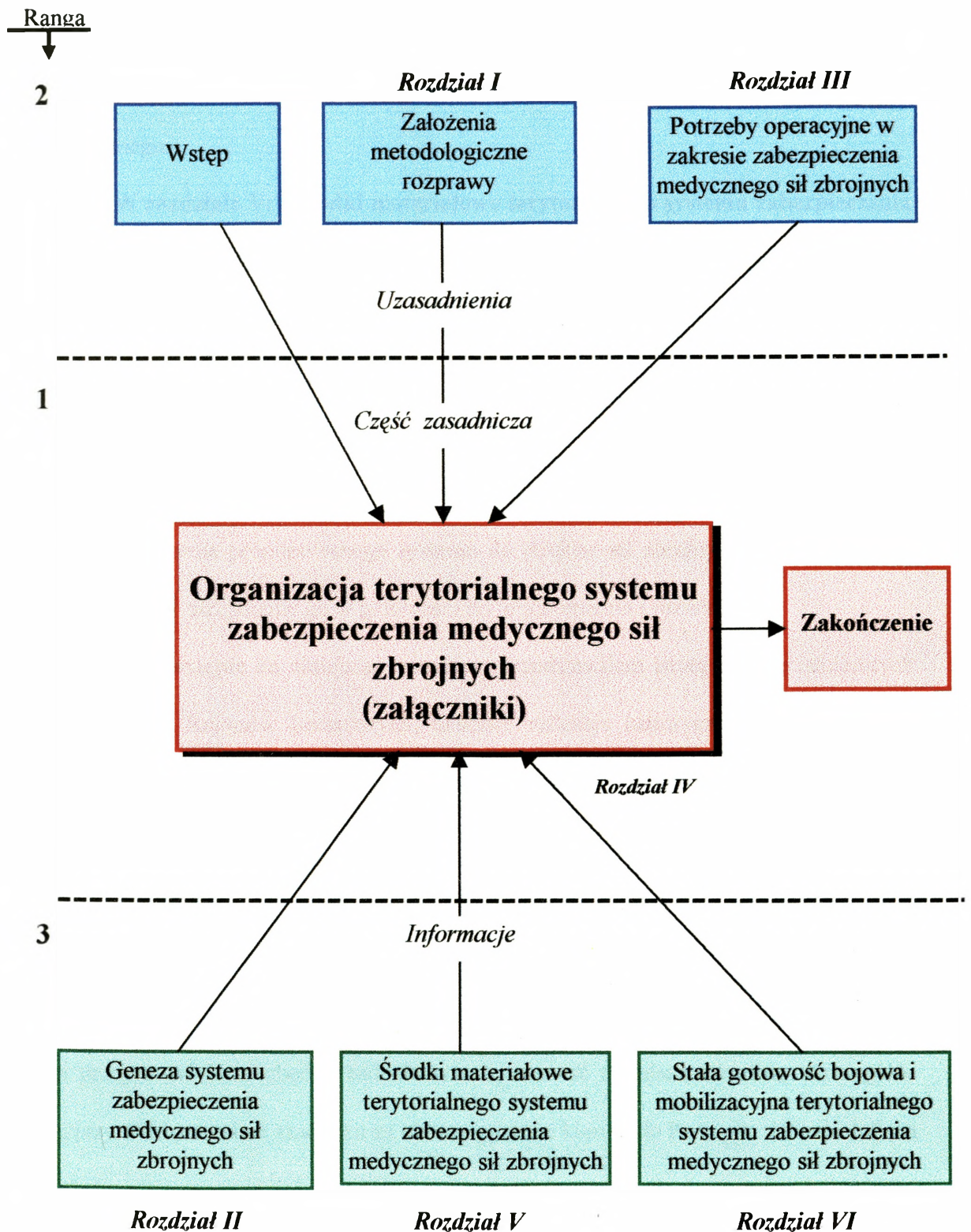
Niniejsza rozprawa składa się z sześciu zasadniczych rozdziałów. Ich hierarchię przedstawiłem na rysunku 1. Wynikają z niego trzy poziomy ważności prezentowanych materiałów: uzasadnienia (I, III), informacje (II, V, VI) i część zasadnicza (IV).

W rozdziale I: „Założenia metodologiczne rozprawy” przedstawiłem cel i przedmiot badań, problem naukowy, hipotezę roboczą, a także metody badawcze i teren badań oraz algorytm procedury badawczej. Dokonałem też ogólnej oceny literatury przedmiotu¹⁸.

W rozdziale II: „Geneza systemów zabezpieczenia medycznego” przedstawiłem w ujęciu historycznym rozwój i doskonalenie wojskowej służby zdrowia w różnych okresach i państwach. Pozwoliło to na ustalenie niezmiennych zasad jej organizacji i funkcjonowania, a także sformułowanie wniosków pod adresem współczesności.

W rozdziale III: „Potrzeby operacyjne w zakresie terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego” przedstawiłem definicję tego określenia oraz jego elementy składowe. Ustalenia te miały zasadniczy wpływ na dalsze badania oraz proponowane rozwiązania organizacyjno-funkcjonalne.

¹⁸ S. Pabis: *Metodyka i metody nauk empirycznych*, PWN, Warszawa 1992, str. 125
W. Kiezuń: *Sprawne zarządzanie organizacją*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 1997



Rys. 1 Istota rozprawy według hierarchii zagadnień

W rozdziale IV: „Organizacja terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych” przedstawiłem ogólną koncepcję, a także strukturę organizacyjną, zadania i zasady funkcjonowania terenowego systemu zabezpieczenia medycznego.

W rozdziale V: „Środki materiałowe terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych” przedstawiłem problemy materiałowo-technicznego zabezpieczenia proponowanego systemu, a także kierunki doskonalenia sprzętu przeznaczonego do wykorzystania w terytorialnym systemie zabezpieczenia medycznego.

W rozdziale VI „Stała gotowość bojowa i mobilizacyjna” przedstawiłem sposób włączenia proponowanego systemu do struktur sił zbrojnych, a także metody zapewniające utrzymanie go w gotowości do uruchomienia i rozwinięcia.

We wstępie do niniejszej rozprawy przedstawiłem istotę i ocenę istniejących Wojskowych Rejonów Lecznicych, niektóre refleksje historyczne, a także ogólne wnioski pod adresem terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego oraz układ i zawartość rozprawy.

Zakończenie przedstawia osiągnięte wyniki badań, wnioski i propozycje.

Gorąco dziękuję specjalistom z wojskowej służby zdrowia oraz pracownikom naukowym AON, których wszechstronna pomoc i długoletnie doświadczenie pozwoliło mi przeprowadzić niezbędne badania oraz opracować niniejszą rozprawę. Szczególne wyrazy wdzięczności i szacunku za okazaną pomoc kieruję do Pana płk. dr. hab. Juliana Babuli - promotora mojej pracy, doradcy, a w trudnych chwilach zwątpień i niewiedzy podtrzymującego na duchu starszego kolegi. Dziękuję także Panu płk. mgr. Czesławowi Bąkowi, Szefowi RSzW - Kielce i mjr. mgr. Krzysztofowi Doroszowi

z AON za pomoc i okazane koleżeństwo w trakcie pisania rozprawy.

Jestem świadomy, że uwiecznione niniejszą rozprawą wyniki moich badań są niedoskonałe i mogą budzić szereg zastrzeżeń i wątpliwości. Uważam natomiast, że moje opracowanie stanowi wkład przyczynkowy do rozwiązania podjętego problemu badawczego i stanowi podstawę dla dalszych badań w tej dziedzinie.

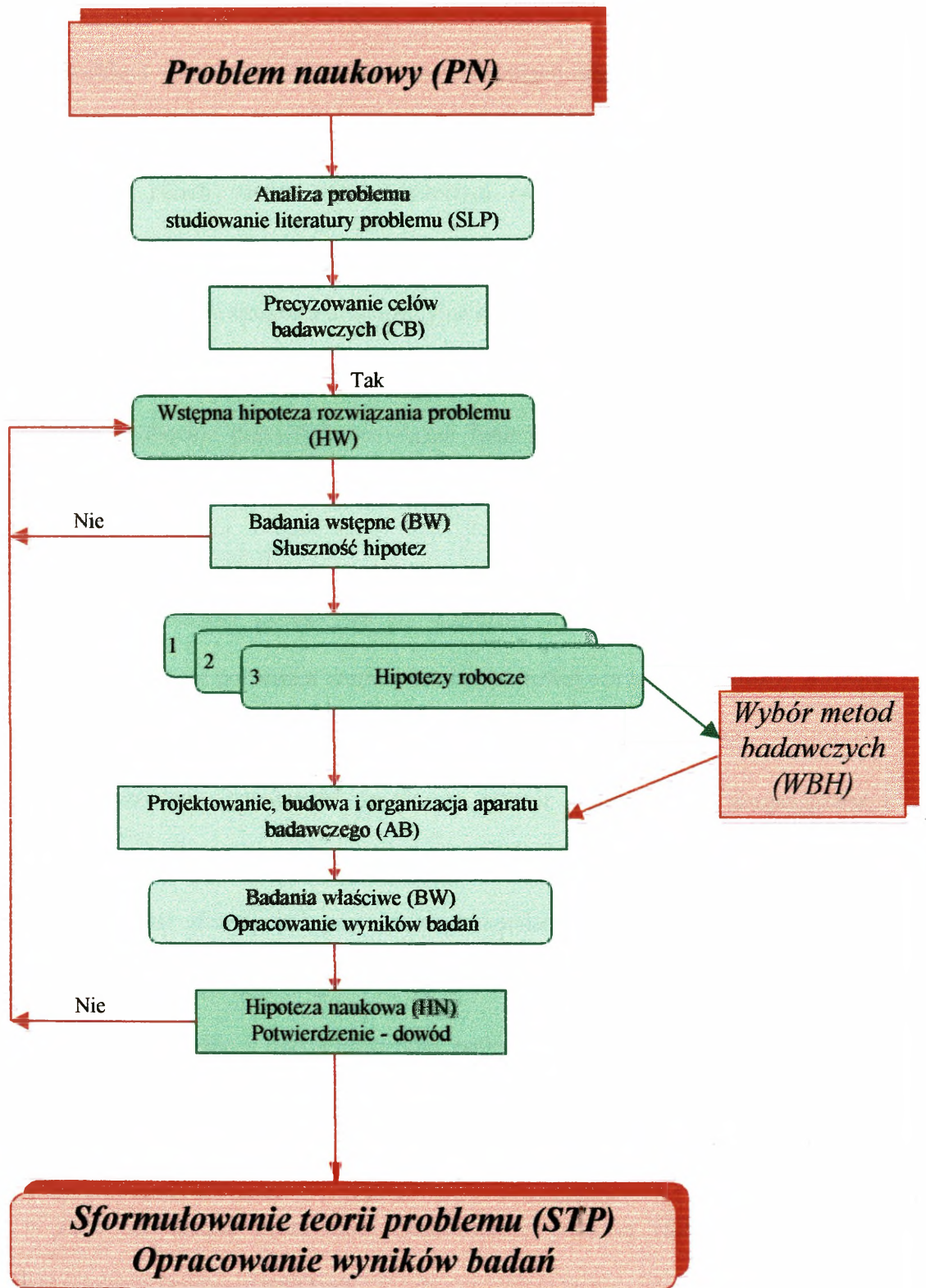
Rozdział 1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE ROZPRAWY.

Głównym zadaniem, jakie realizuję pełniąc obowiązki kierownika Sekcji Przechowywania Zapasów Wojskowych jest utrzymanie w gotowości bojowej i mobilizacyjnej zestawu Wojskowych Szpitali Rezerwowych (WSzR). Są one w dyspozycji Dowództwa Garnizonu Warszawa a mobilizacyjnie rozwija je CSK WAM. O ile ich organizacja i wyposażenie, w miarę posiadanych funduszy jest unowocześniane, o tyle zasady operacyjnego wykorzystania od lat się nie zmieniły - bez względu na zmianę doktryny wojennej Państwa, trwającą restrukturyzację sił zbrojnych i rozwój myśli wojskowej.

Udział w ćwiczeniach, których podstawowym celem jest zmobilizowanie, wyjście w nakazane rejony, rozwinięcie i uruchomienie (osiągnięcie gotowości do pracy) WSzR zainspirował mnie do zbadania, na ile obowiązujący system służby zdrowia sił zbrojnych może być wydolny, niezawodny i skuteczny w przypadku wojny. W konsekwencji podjąłem próbę naukowego opracowania koncepcji **organizacji i funkcjonowania terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego (TSMed)**, opierając się na badaniach stanu istniejącego i uwzględniając zarówno możliwości ekonomiczne Polski, jak i potrzeby operacyjne Sił Zbrojnych RP.

Wybór i sprecyzowanie problemu naukowego: **Jak w myśl obecnie obowiązującej doktryny obronnej i miejsca w niej sił zbrojnych zorganizować efektywny system ich zabezpieczenia medycznego**, zapoczątkowały proces badawczy, realizowany w ramach przyjętego algorytmu procedury badawczej (rys. 2)¹⁹.

¹⁹ S. Kamiński: Nauka i metoda, KUL, Lublin 1992 str.200-214



Rys. 2 Algorytm procedury badawczej

Problem naukowy podzieliłem na następujące zagadnienia przedstawione w formie pytań:

- według jakich zasad, przy założonym celu działania, ma funkcjonować terytorialny system zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w czasie wojny?
- jaka powinna być struktura organizacyjna systemu?
- jakie powinny być możliwości organów wykonawczych systemu?
- które z obecnie przyjętych rozwiązań funkcjonują dobrze, a które wymagają szeroko rozumianej przebudowy i zmian (prawnych, organizacyjnych, funkcjonalnych, materiałowo-technicznych)?

Badany problem zalicza się do dziedziny nauk o wojnie, w dyscyplinie naukowej - obronność państwa a w specjalności naukowej - organizacja służby zdrowia, w tym terytorialne zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych w czasie wojny.

Dla udzielenia odpowiedzi na główne pytanie badawcze: jak zorganizować i przygotować do rozwinięcia, a także sprawnego funkcjonowania terytorialny system zabezpieczenia sił zbrojnych na czas wojny, uznałem za konieczne dokonanie jego analizy i określenie pytań szczegółowych:

- jakie są aktualne i perspektywiczne potrzeby Sił Zbrojnych RP w zakresie systemu zabezpieczenia medycznego?
- jaka jest prognoza strat sanitarnych w przewidywanych wojnach (konfliktach)?
- jakie są obecne możliwości ekonomiczne państwa (SZ RP) w zakresie zabezpieczenia organizacji TSMed?
- które obecnie obowiązujące uwarunkowania operacyjne, prawne, ekonomiczne i materiałowo-techniczne należy zweryfikować, by w oparciu o istniejącą bazę wojskową i cywilną stworzyć efektywnie działający TSMed?

- jaką strukturę funkcjonalno-organizacyjną zastosować dla osiągnięcia założonych celów i zaspokojenia potrzeb?

- po upływie jakiego czasu (okresu budowy) zaproponowany model systemu powinien osiągnąć pełną gotowość do działania?

- jakie czynniki decydują o prawidłowym działaniu zaproponowanego rozwiązania?

- co może być źródłem zakłóceń w funkcjonowaniu w czasie mobilizacyjnego rozwinięcia?

- rozwiązania których armii państw Europy można wykorzystać przy stworzeniu nowego modelu TSMed?

Charakteryzując sformułowany problem naukowy według kryterium trudności, oceniam że mogą one wystąpić w następujących dziedzinach:

- brak dokładnie sformułowanych potrzeb operacyjnych SZ RP i określenia możliwości finansowych (zwłaszcza w dłuższym horyzoncie czasowym);

- bardzo ograniczone możliwości w zakresie przyszłej praktycznej weryfikacji proponowanych (przyjętych) rozwiązań organizacyjnych i funkcjonalnych (technicznych);

- duża złożoność i zmienność przedmiotu badań;

- ograniczona możliwość stosowania informatycznych i statystycznych metod badawczych;

- niewielka liczba całościowych i aktualnych opracowań.

Problem naukowy określił jakość oraz obszar ujawnionej niewiedzy, a także wyznaczył zakres podejmowanych badań. Jest on problemem otwartym, mającym charakter teoretyczno-praktyczny i jako taki wymaga systematycznego ponawiania

badania. Wraz z rozwojem medycyny i nowoczesnej myśli wojskowej, osiągnięte wyniki badań mogą się bowiem szybko zdezaktualizować.

Celem badań było znalezienie naukowo uzasadnionych odpowiedzi na pytania zawarte w problemie naukowym. Odpowiednio do problemu głównego i problemów szczegółowych określiłem **cel główny i cele szczegółowe**.

Celem głównym rozprawy jest określenie organizacji terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych na czas wojny.

Celami szczegółowymi, będącymi zadaniami badawczymi, o różnej wadze i znaczeniu stały się:

- geneza wybranych systemów zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych (armii);
- ocena aktualnego stanu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych;
- określenie potrzeb operacyjnych sił zbrojnych w zakresie zabezpieczenia medycznego z uwzględnieniem obecnej doktryny wojennej i kierunków jej ewolucji;
- określenie możliwości tworzenia systemu, z uwzględnieniem potrzeb operacyjnych SZ i możliwości ekonomicznych państwa;
- analiza stanu prawnego w świetle budowy terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego SZ;
- analiza stanu środków materiałowych i potrzeby zmian w celu zabezpieczenia proponowanego systemu;
- porównanie proponowanych rozwiązań w SZ RP z systemami funkcjonującymi w innych państwach;
- określenie zasad współpracy systemu z gospodarką narodową, organami rządowymi, samorządowymi i organami terenowej administracji wojskowej;

- ustalenie zasad mobilizacji systemu w różnych wariantach narastania zagrożenia bezpieczeństwem i wybuchu wojny (konfliktu zbrojnego).

Cel badań naukowych, jakie prowadziłem w rozprawie doktorskiej zrealizowałem w aspekcie poznawczym i praktycznym. W aspekcie poznawczym zawarłem dociekania pozwalające stworzyć teorię naukową w zakresie określonym głównym problemem badawczym. Aspekt praktyczny polegał na zbudowaniu teoretycznych podstaw do organizacji terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w czasie wojny.

Przedmiotem badań była organizacja, zasady działania, współdziałanie z elementami cywilnej służby zdrowia zaproponowanego TSMed. Działanie to, nie będące formalnie procesem materialnym wyrażało stany zachowania, zmiany i relacje zachodzące pomiędzy jego elementami i podsystemami. Obiektami (elementami) były:

- siły i środki przeznaczone do realizacji zadań TSMed;
- straty sanitarne występujące w różnych wariantach konfliktu zbrojnego i w wyniku oddziaływania różnych środków bojowych;
- uwarunkowania operacyjne;
- uwarunkowania prawne.

Wysiłek badawczy skierowałem na przyjęty przedmiot badań oraz przeobrażenia zachodzące w nim przy przejściu z okresu „P” do „W”.

Hipotezy robocze

Po sprecyzowaniu problemu naukowego, określeniu celu i przedmiotu badań, jakim jest istniejący system zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, sformułowałem na podstawie literatury przedmiotu, przeprowadzonych w czasie ćwiczeń rozmów i

3-krotnego ankietowania szerokiego grona oficerów służby zdrowia (150 ankietowanych) **wstępną hipotezę roboczą:**

Obecnie istniejący system²⁰ zabezpieczenia medycznego zbudowany na podstawie dotychczasowych założeń operacyjnych i fachowych oraz oparty wyłącznie o wojskową służbę zdrowia, nie jest zdolny do pełnego zabezpieczenia współczesnych potrzeb czasu wojny. Zbudowanie terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, dowiązanego do rejonów odpowiedzialności Regionalnych Sztabów Wojskowych pozwoli wykorzystać efektywnie cywilną i wojskową infrastrukturę medyczną do zabezpieczenia sił zbrojnych²¹, a także podniesie jej sprawność i efektywność.

Hipoteza ta, na dotychczasowym etapie mojej wiedzy nie miała uzasadnienia naukowego. Pozwoliła jednak dokładnie określić kierunki badań i elementy, na które należy zwrócić szczególną uwagę.

W oparciu o poglądy autorów publikacji związanych z tematem rozprawy oraz własne doświadczenia przyjąłem założenie, że zasadniczymi przyczynami obniżającymi skuteczność istniejącego systemu zabezpieczenia medycznego jest:

- brak opracowań precyzyjnie określających procedury działania organów kierowania;
- wadliwy system przepływu informacji (brak centralnych baz danych) o rannych i chorych;
- mało precyzyjny podział kompetencji i zadań między komórkami organizacyjnymi i osobami funkcyjnymi;

²⁰ A. Wiśniewski i wsp. Organizacja i zasady funkcjonowania Wojskowych Rejonów Lecznicych. *Lekarz Wojskowy* 1/96 str. 77

²¹ Ankieta z ćwiczeń mobilizacyjnych 1996 - 1998 aneks 1

- wadliwa struktura organizacyjna systemu i brak nowoczesnego wyposażenia elementów medycznych (szpitale rezerwowych, punktów opatrunkowych itp.);
- brak ćwiczeń zgrzewająco-sztabowych dla podmiotów systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych.

Po uzyskaniu niezbędnej wiedzy z konsultacji ze znawcami przedmiotu, studiowaniu i śledzeniu literatury przedmiotu a także obserwując zachodzące w siłach zbrojnych przemiany (jak ograniczenie liczebności wojsk operacyjnych, perspektywy rozwoju wojsk OT, strategiczne prognozy do 2012 roku) doszedłem do wniosku, że **wstępna hipoteza robocza** nie wymaga weryfikacji, a jedynie rozszerzenia o badania czynników obniżających skuteczność istniejącego systemu medycznego.

Po wysunięciu i sformułowaniu hipotezy roboczej określiłem metody jej uzasadnienia i sprawdzenia. Drogą dedukcji wysunąłem jej następstwa logiczne. **W celu empirycznego sprawdzenia hipotezy przeprowadziłem badania właściwe.**

Literatura przedmiotu badań obejmowała wszelkie źródła informacji wytworzone przez środowiska naukowe i pozanaukowe. Jej studiowanie pozwoliło mi poznać, określić i usystematyzować stan wiedzy i niewiedzy o przedmiocie badań. Uzyskałem także informacje umożliwiające zmodyfikowanie wstępnej hipotezy roboczej i rozszerzenie jej do poziomu hipotezy roboczej.

Typowymi badaniami literatury przedmiotu była analiza i synteza logiczna. Podstawowymi materiałami podczas studiowania literatury były opracowania Akademii Obrony Narodowej, Wojskowej Akademii Medycznej i innych ośrodków naukowych (KUL, SGH), dokumenty Sztabu Generalnego - głównie Zarządu Służby Zdrowia.

Źródłem wielu istotnych informacji były publikacje w periodykach fachowych

jak „Myśl Wojskowa”, „Lekarz Wojskowy”, „Skalpel”, „Wojskowy Przegląd Techniczny i Logistyczny”.

„Wojskowy Przegląd Zagraniczny” dostarczył mi informacji o zabezpieczeniu medycznym innych armii. Szczególnie cennymi okazały się informacje zawarte w opracowaniu płk doc. dr hab. Juliana Babuli „Systemy mobilizacyjne sił zbrojnych”, gen. bryg. dr hab. Bolesława Balcerowicza „Obronność państwa średniego” oraz prof. dr hab. Waldemara Kaczmarka i płk prof. dr hab. Zbigniewa Ścibiorka „Przyszła wojna - jaka?”.

Sformułowany problem naukowy wymagał ustalenia odpowiednich **metod badawczych**. Były to stosowane powszechnie w podobnych zagadnieniach następujące, moim zdaniem właściwe z punktu widzenia efektywności, metody badawcze:

1. Historyczna - mająca na celu pokazanie wagi problemu i sposobu jego rozwiązywania na podstawie doświadczeń wynikających z wybranych okresów historycznych w różnych armiach.

2. Obserwacji naukowej - umożliwiająca poznanie systemu zabezpieczenia medycznego, w tym zabezpieczenia materiałowego (rodzaj, ilość i charakterystyka sprzętu), a także możliwości mobilizacyjnego rozwinięcia szpitali czasu wojny oraz wyników z ćwiczeń prowadzonych w CSK WAM i w OW.

3. Zbieranie sądów i opinii - pozwalające na zapoznanie się z poglądami (dotyczącymi stanu i możliwości zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie wojny) dowódców ogólnowojskowych (oficerów sztabów) oraz osób odpowiedzialnych (fachowców) za organizację TSMed, a także osób będących na przydziałach mobilizacyjnych szpitali czasu wojny.

4. Porównania i analogie - zapoznanie się ze sposobami rozwiązań problemu zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie wojny w innych armiach oraz wyodrębnienia zgodności i różnic podejścia do tego problemu, a także możliwości zastosowania elementów systemu innych armii w organizacji systemu służby zdrowia SZ RP. W szczególności porównałem system zabezpieczenia medycznego Bundeswehry, Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej i SZ RP.

5. Analiza i synteza - posłużyła mi do szczegółowych badań przedmiotu oraz wyodrębnienia zależności i związków przyczynowo - skutkowych zachodzących między jego składowymi, a także określenie ich wpływu na różne dziedziny /mobilizacja, zaopatrzenie, medycyna, logistyka, taktyka itd./.

6. Modelowanie - określenie (przy wykorzystaniu wybranego scenariusza działań bojowych) przewidywanej ilości napływu rannych oraz możliwości Okręgu Wojskowego w zakresie udzielenia fachowej pomocy medycznej (w szczególności służby zdrowia w rejonie odpowiedzialności RSzW).

7. Uogólnienie, wykorzystywałem głównie do wygenerowania uniwersalnych zasad organizacji terytorialnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w czasie wojny oraz do usystematyzowania koncepcji rozwiązania badanego problemu. Stosowałem je także jako proces myślowy w badaniach empirycznych.

Łącząc fakty na zasadzie ich wspólnych cech oraz podobieństw, formułowałem wnioski o badanych zagadnieniach.

Zastosowanymi narzędziami badawczymi były kwestionariusze ankiety i program komputerowy do syntezy wniosków z ankietowania (grafika).

Terenem badań właściwych była przestrzeń operacyjna Polski z punktu widzenia funkcjonowania służby zdrowia czasu wojny. Traktując go hierarchicznie był

to Zarząd Logistyki SG WP, Zarząd Służby Zdrowia SG WP, Akademia Obrony Narodowej, Dowództwo Garnizonu Warszawa, Regionalny Sztab Wojskowy - Kielce, Zakład Organizacji i Taktyki Służby Zdrowia z Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk WAM w Łodzi, Centralny Szpital Kliniczny WAM z Sekcją Przechowywania ZW, Centralny Ośrodek Farmacji i Techniki Wojskowej, dostępne instrukcje oraz przepisy wojskowe i państwowe, wnioski z ćwiczeń, publikacje w literaturze fachowej i piśmiennictwie („Myśl Wojskowa”, „Lekarz Wojskowy”, „Biuletyn Wojskowej Izby Lekarskiej”, „Przegląd Kwatermistrzowski”, Zeszyty naukowe AON). Prowadziłem również ankietowanie kadry kierowniczej wojskowej służby zdrowia jako uzupełnienie terenu badań oraz wywiady autorskie.

W najszerszym ujęciu badaniom poddałem obecnie istniejący system zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych czasu wojny. Moje przewidywania badawcze potwierdziły się i oceniam, że wymagał on będzie daleko idącej przebudowy strukturalno-organizacyjnej, ze zmianami funkcjonalnymi i technicznymi.

Moim zdaniem ostateczne i kompleksowe rozwiązanie wszystkich przedstawionych problemów terenowego systemu służby zdrowia będzie wymagało pracy sztabu specjalistów. Uważam jednak, że niniejsza rozprawa może stać się znaczącym przyczynkiem do takich prac. Spodziewam się, że wyniki badań, wnioski i propozycje nowych rozwiązań, o ile nie zaowocują przyjęciem ich przez właściwe organa, będą przydatne dla dwóch celów: edukacyjnego i poznawczego a zatem zostaną osiągnięte zasadnicze cele mojej rozprawy doktorskiej²².

²² J. Jura: Funkcje rozprawy doktorskiej. Zeszyty naukowe AON. 3/1993 str. 309-311

Rozdział 2. GENEZA SYSTEMU ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH²³.

2.1 Tło historyczne.

Wojskowa służba zdrowia ma tak samo długą historię, jak wojsko i sztuka wojenna. W chwili powstania pierwszych form organizacji wojskowych, zaistniała konieczność zapewnienia leczenia i opieki nad rannymi i chorymi żołnierzami. Najstarsze źródła dotyczące zabezpieczenia medycznego wojsk odnoszą się do starożytnego Egiptu. Wyprawom wojennym armii egipskiej, liczącej ok. 10-30 tys. ludzi towarzyszyli kapłani - skupiający w swoim ręku wiedzę medyczną, organizacyjną i wojenną.

W obozach wojskowych organizowano szpitale polowe, rozmieszczone zawsze po lewej stronie od bramy wejściowej po to, by potrzebujący pomocy mogli je łatwo odszukać. Lekospis egipski był bogaty, zawierał środki pochodzenia roślinnego, mineralnego i zwierzęcego. Poziom higieny i profilaktyki chorób był, jak na owe czasy imponujący. Kładziono również nacisk na przestrzeganie higieny żywienia. Już wówczas wiedziano, że picie surowej wody może być przyczyną wielu epidemii i chorób - pito zatem tylko wodę przegotowaną lub filtrowaną²⁴.

²³ **System** - zbiór jednostek tworzących jakąś całość organizacyjną, służących jednemu celowi
Z. Lempicka: Mały Słownik Języka Polskiego, PWN, Warszawa 1969, str. 793

Geneza- zespół warunków powstania i rozwoju danego zjawiska W. Kopaliński: Słownik Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych, Wiedza Powszechna Warszawa 1968

Zabezpieczenie medyczne- całokształt czynności i działania wojskowej służby zdrowia podejmowany dla zapobiegania powstawania strat sanitarnych wojsk, udzielania pomocy medycznej na polu walki, utrzymania przy życiu jak największej liczby porażonych i rannych, a także współudział w likwidacji skutków użycia broni masowego rażenia. Leksykon Wiedzy Wojskowej, Warszawa 1979 str. 508

²⁴ **A:** Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia, praca zbiorowa, MON 1974

B: Annales Academiae medicae Lodzensis; Tom III Łódź 1981 str. 496: E. Piotrowski: Chirurgia rzymska w ujęciu encyklopedycznym

J. Thorwald: Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga, Ossolineum, Wrocław 1990

Zdumiewająco wysoki był poziom starożytnej wojskowej medycyny hinduskiej, w tym chirurgii. Znano ponad setkę narzędzi chirurgicznych i ponad 700 leków roślinnych. Jak we wszystkich wojskach starożytnych, w armiach Wschodu duże znaczenie przywiązywano do higieny osobistej i zbiorowej. W czasie pobytu na podbitych ziemiach lekarze wojskowi systematycznie badali żywność, wodę do picia i tereny przeznaczone na obozowiska.

Pod Troją w oddziałach tyłowych wojsk znajdowały się kobiety znające się na lekach i środkach leczniczych, przygotowujące z nich napoje dla rannych. Były więc pierwowzorem późniejszych farmaceutów wojskowych. Słynny prawodawca ateński - Solon, wódz i filozof, wyznaczył lekarzom nawet miejsce w ówczesnym ugrupowaniu wojsk - na tyłach walczących.

Wprawdzie Grecy szpitali wojskowych nie organizowali, lecz, wobec gęstego zaludnienia kraju, rannych rozmieszczano w lecznicach przy świątyniach albo w domach prywatnych pod opieką miejscowych lekarzy. W czasie wypraw do krajów obcych rannych i chorych niekiedy rozmieszczano wśród miejscowej ludności w drodze przymusu. Częściej jednak następowała ewakuacja do ojczyzny.

W czasach rzymskich wojskowa służba zdrowia uzyskała rangę instytucji państwowej prawdopodobnie za cesarza Augusta. W każdym legionie wyznaczano lekarza naczelnego, a kohorty i każdy większy okręt wojenny także posiadały lekarza. Lekarze armii rzymskiej byli umundurowani i posiadali stopnie starszych podoficerów.

W okresie wczesnofeudalnym państwo nie poczuwało się w zasadzie do obowiązków wobec ofiar wojny. W społeczeństwie stojącym na stosunkowo niskim poziomie sił wytwórczych, gdzie ceniono przede wszystkim zdrowie i siłę fizyczną, ludzie niezdolni do pracy lub walki stawali się zbędnym i niepożądanym balastem. Kto

nie zginął na polu bitwy, a został kaleką, musiał sam troszczyć się o swój byt. Wojskowa służba zdrowia w średniowieczu ogólnie była na niskim poziomie i nie wykazywała tendencji rozwojowych.

Przełomem w tej stagnacji było Odrodzenie. Nastąpił rozwój anatomii, chirurgii, fizjologii, a u schyłku XV i XVI wieku wydano w Europie Zachodniej pierwsze urzędowo obowiązujące lekospisy. Przejście od średniowiecznych armii rycerskich do nowożytnych wojsk zaciężnych spowodowało powstanie nowych, lepszych rozwiązań organizacyjnych wojskowej służby zdrowia. We Francji, w 1591 r. wydano pierwszy regulamin o udzielaniu pomocy rannym, a w 1708r. ogłoszono edykt królewski określający organizację i hierarchię służby zdrowia w armii.

Według niemieckiego regulaminu z 1571 roku w każdym korpusie istniało stanowisko naczelnego lekarza dla nadzoru nad felczerami kompanii. W 1768r. w Brukseli i w 1775r. w Gumpendorf pod Wiedniem otwarto szkoły dla kształcenia personelu wojskowej służby zdrowia. W 1785r. cesarz Józef II utworzył w Wiedniu wojskową akademię medyczno-chirurgiczną - słynne Josephinum.

Wielki reformator rosyjski, Piotr I w 1720r. określił strukturę służby zdrowia swoich wojsk, a w 1798r. w Petersburgu powstała Akademia Medyko-Chirurgiczna, kształcąca głównie lekarzy wojskowych. W historii rosyjskiej wojskowej służby medycznej wielkimi osiągnięciami, na miarę ówczesnych czasów, była organizacja w 1772r. w Astrachaniu zgrupowania szpitalnego na 3 tysiące łóżek. Pierwsze dwa, etatowe szpitale polowe na 1500 łóżek każdy, założono w czasie wojny z Turcją w latach 1769-74.

Od początków XVIII w. poszkodowanych operowano na polu walki tylko wyjątkowo, w ruchomych punktach opatrunkowych, udzielających przede wszystkim

pierwszej pomocy. Większość rannych ewakuowano do szpitali stałych, znajdujących się w miastach najbliższych położonych od pola bitwy. Szpitale polowe były organizowane na polu walki lub zapleczu - różnej wielkości i o różnym przeznaczeniu. Pierwszy szpital polowy został urządzony w Hiszpanii w 1478r. podczas oblężenia Malagi przez królową Izabellę. Przewożony na 400 wozach miał liczną obsadę lekarzy, chirurgów i personelu pomocniczego.

Ponad 100 lat później, podczas oblężenia Amiens przez Henryka IV Bourbon powstał pierwszy francuski szpital polowy. Król Ludwik XIV utworzył dla wojska ogółem 50 szpitali stałych.

Wśród polskich wodzów służbę zdrowia w wojsku wysoko cenił Stefan Batory. Jego też należy uważać za rzeczywistego twórcę wojskowej służby zdrowia. Od tego czasu istniał w wojsku polskim, zwłaszcza w jednostkach obcego autoramentu²⁵, dość liczny personel sanitarny, złożony z chirurgów, lekarzy, aptekarzy, a głównie z cyrulików i ich pomocników. Wydano też zarządzenia taktyczno-sanitarne, mające na celu zapewnić pomoc rannym i właściwą ich ewakuację.

Część rannych zatrzymywano w obozie, część zaś odsyłano na zaplecze pod opiekę chirurgów. Do transportu używano zwykłych wozów konnych, których na ogół wojsko miało za mało. Dlatego też często dodatkowe wozy wynajmowano odpłatnie lub rekwirowano. Zgodnie z obowiązującymi przepisami majątki ziemskie były zobowiązane do dostarczenia podwód na odległość nie przekraczającą trzech mil (analogia ze współczesnymi świadczeniami rzeczowymi w kwestii środków transportowych).

²⁵ **Autorament:** „typ, rodzaj, pokrój, moda” - Mały Słownik Języka Polskiego, PWN Warszawa 1974, str. 25

W Polsce dopiero pod koniec XVIII wieku zorganizowano pierwsze stałe szpitale w większych garnizonach wojskowych. W okresie tym zapoczątkował działalność szpital w zamku Książąt Mazowieckich na Ujazdowie - działający przez stulecia, aż do Powstania Warszawskiego jako główny szpital Wojska Polskiego.

Zastosowanie broni palnej, wprowadzenie stałych armii najemnych, związane z Odrodzeniem i Oświeceniem osiągnięcia naukowe, również w medycynie, stały się przyczyną szybkiego rozwoju wojskowej służby zdrowia we wszystkich armiach Europy. Wyraziło się to zwiększeniem liczebności i podniesieniem wiedzy personelu, nowymi rozwiązaniami organizacyjnymi, stworzeniem szpitali polowych i uczelni wojskowo-medycznych oraz rozwoju chirurgii i higieny wojskowej. Opracowane zostały pierwsze rozprawy teoretyczne z zakresu organizacji i funkcjonowania wojskowej służby zdrowia. Podniósł się także poziom opieki nad inwalidami i ofiarami wojny.

Koniec wieku XIX i początek XX charakteryzowały liczne wojny, udoskonalenia techniczne (broń gwintowana, samoczynna i automatyczna, proch bezdymny, transport kolejowy) i znaczny wzrost liczebności armii. Wpłynęło to na wielkość strat sanitarnych i potrzeb w zakresie leczenia rannych żołnierzy. Jednak postępy i odkrycia medycyny głęboko zmieniły treść, formę i jakość pomocy lekarskiej. Nastąpił gwałtowny rozwój chirurgii, a osiągnięcia biologii i mikrobiologii spowodowały ogromny przewrót w epidemiologii wojskowej.

Z inicjatywy H. Dunanta, świadka bitwy pod Solferino w 1859 roku, kiedy to tysiące rannych żołnierzy pozostawiono bez opieki, a zwłoki zabitych stały się łupem grabieżców i dzikich zwierząt, 22 sierpnia 1864 roku w Genewie 14 państw podpisało porozumienie, o wiekopomnym znaczeniu, zwane później Konwencją Genewską.

Konwencja ta i jako jej uzupełnienie, Konwencje Haskie są pakietem umów dotyczących pokojowego rozstrzygnięcia sporów międzynarodowych i łagodzenia okrucieństw wynikających z działań wojennych. Jedną z konsekwencji ich przyjęcia jest powstanie Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża - neutralnego pośrednika w czasie konfliktów zbrojnych starającego się chronić ich ofiary.

I wojna światowa stanowi kolejny przełom w historii wojskowej służby zdrowia. Już w 1914 roku wprowadzono pierwsze oddziały samochodów sanitarnych. Bezpośrednio na placu boju użyto do transportu rannych noszy ręcznych, a np. w armii niemieckiej od 1915r. do celów sanitarnych zaczęto używać psów. Ówczesnie bezpiecznym, tanim i skutecznym środkiem ewakuacji były pociągi sanitarne. Jednak ich ilość była ograniczona. Zaczęto więc wykorzystywać zwykłe pociągi, dowożące do frontów środki bojowe a w drodze powrotnej zabierające transporty rannych. Odnotowano znaczący wpływ osiągnięć naukowych w dziedzinie higieny, w szczególności szczepień ochronnych mających na celu zmniejszenie ilości chorób zakaźnych.

2.2. Organizacja zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w okresie II wojny światowej.

Wybuch drugiej wojny światowej, jak w przypadku większości wojen, spowodował ogromne przewartościowanie w dotychczas obowiązujących regułach - w tym także poglądach na działalność wojskowej służby zdrowia. Różne armie, w zależności od własnej myśli strategicznej, warunków ekonomicznych a także tradycji, różnie rozwiązywały powstające problemy. Były to nowe zjawiska w rodzaju:

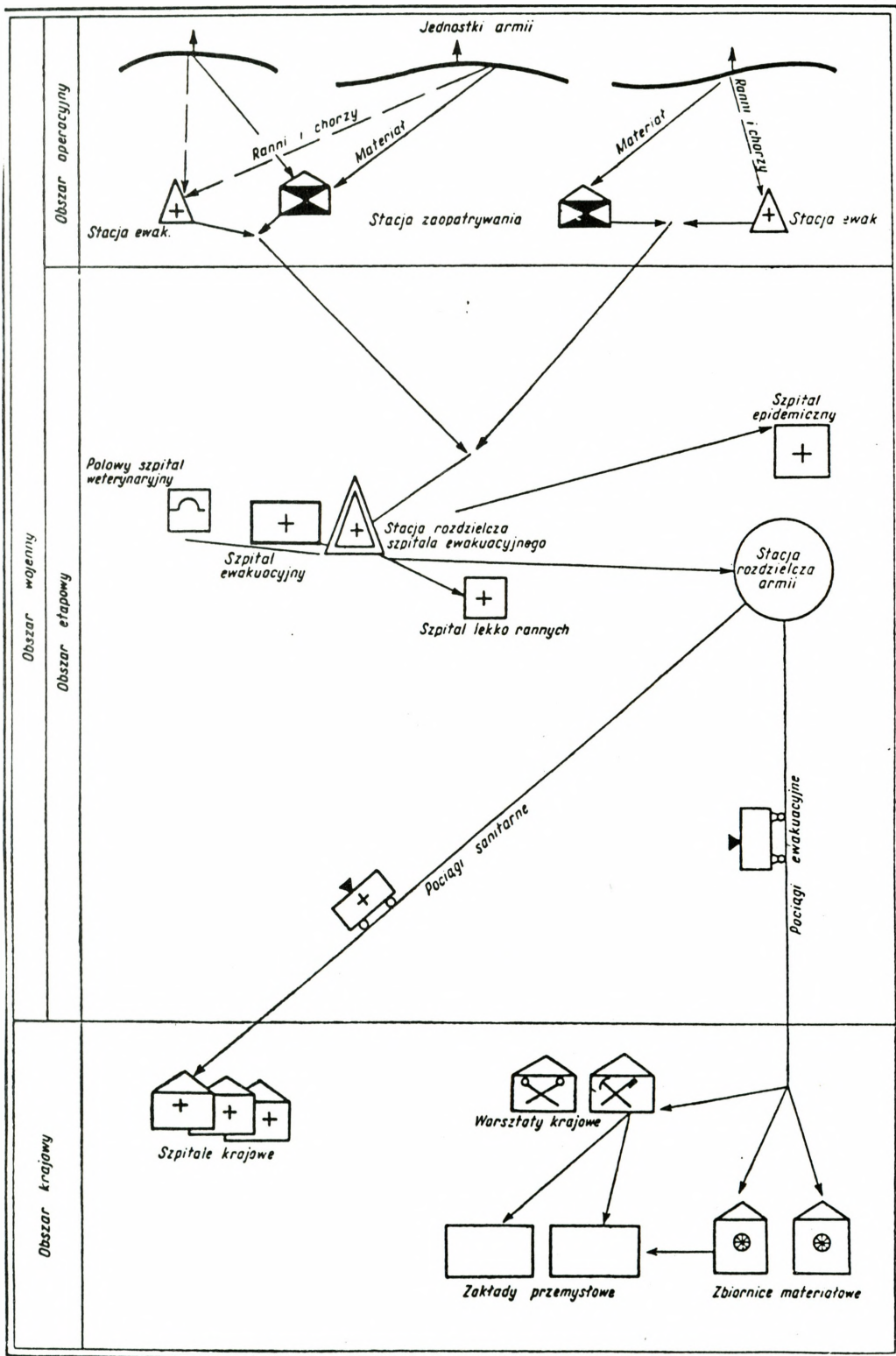
- duża szybkość działań i ciągle zmieniająca się sytuacja na polu walki;
- zwiększenie się głębokości operacyjnej działań bojowych;
- zagrożenie ewakuacji rannych, także na głębokich tyłach wojsk (obszarze kraju);
- powstawanie strat sanitarnych nie tylko na polu walki ale i na zapleczu;
- poważny wzrost ilości ciężko rannych i oparzonych w wyniku działania artylerii, lotnictwa, masowego stosowania min i miotaczy ognia;
- konieczność leczenia żołnierzy w warunkach szczególnych: desanty powietrzne i morskie, działania w okrążeniu, działania pościgowe, ranni lotnicy na morzu itd.
- częste przypadki naruszania konwencji międzynarodowych, dotyczących ochrony cierpiących żołnierzy oraz personelu służby zdrowia.

Manewrowy charakter wojny wymagał coraz lepszej organizacji przemieszczania w terenie ruchomych zakładów leczniczych²⁶ - w ślad za działaniami wojsk przy nieprzerwanym leczeniu żołnierzy i w warunkach stałego zagrożenia środkami walki przeciwnika. Wynikającym z tego wymaganiom mógł sprostać tylko

²⁶ **Zakład leczniczy** jest to jednostka służby zdrowia, której zadaniem jest ambulatoryjne lub stacjonarne leczenie chorych. Do zakładów leczniczych zalicza się szpitale, sanatoria, przychodnie lekarskie, rozwinięte bataliony medyczne i kompanie medyczne oraz garnizonowe izby chorych, w skład których wchodzi apteka. Przepisy o gospodarce środkami materiałowymi Śl. Zdr. w czasie pokoju. MON 1989 par. 15

wykształcony lekarz sprawnie organizujący leczenie, ewakuację rannych i manewr siłami medycznymi, potrafiący w polu stworzyć warunki do udzielenia fachowej pomocy medycznej stosownego profilu i zakresu. Praktyka pokazała, że powinien to być z prawdziwego zdarzenia lekarz wojskowy - lekarz, a jednocześnie organizator i dowódca.

W większości armii tego okresu podstawowym założeniem było udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio na polu walki, niezależnie od sytuacji bojowej. Wynikające z Konwencji Genewskiej i Haskiej zasady postępowania miały tu pierwszorzędne znaczenie, o ile walczące strony ich przestrzegały. W celu przyścia z pomocą ludności cywilnej narażonej głównie na bombardowania lotnicze, w miastach i osiedlach powstały terytorialne organizacje służby zdrowia pozostające w bliskiej współpracy z wojskową służbą zdrowia.



Rys. 3, Ogólne zasady ewakuacji w ramach armii w Wojsku Polskim w kampanii wrześniowej

2.2.1. Zabezpieczenie medyczne Wojska Polskiego w czasie kampanii wrześniowej²⁷.

Kampania 1939 r. w Polsce trwała od 1 września do 5 października. Ze strony polskiej uczestniczyło w niej 7 armii ogólnowojskowych i kilka samodzielnych grup operacyjnych (w części dodatkowo organizowanych w toku działań, lotnictwo i OPL oraz siły i środki Marynarki Wojennej). Łącznie siły te liczyły nieco ponad milion żołnierzy (razem z ośrodkami zapasowymi). Organy służby zdrowia działały w naszym wojsku na wszystkich szczeblach organizacyjnych. Najwyższym szczeblem kierowniczym w tej dziedzinie było Szefostwo Służby Zdrowia Naczelnego Dowództwa.

Na czele służby zdrowia każdej armii (GO) stał szef sanitarny. Armia otrzymywała do swojej dyspozycji jeden szpital ewakuacyjny oraz jedną lub dwie stacje ewakuacyjne. Szefowie sanitarni armii dysponowali także kolumnami samochodów sanitarnych, a niektórzy pociągami sanitarnymi (rys. 3).

Służbą zdrowia dywizji kierował szef sanitarny. Organicznie w skład służby zdrowia dywizji wchodziły: kompania sanitarna, szpital polowy, polowa przychodnia dentystyczna, polowa pracownia bakteriologiczno-chemiczna i polowa kolumna dezynfekcyjno-kapielowa. Skład osobowy służby zdrowia dywizji liczył 21 oficerów oraz 432 podoficerów i szeregowych.

Na czele służby zdrowia pułku piechoty stał naczelnny lekarz. Do pomocy posiadał on dwóch podoficerów sanitarnych, oraz drużynę sanitarną w składzie dwóch podoficerów i czterech sanitariuszy.

²⁷ S. Feret: *Polska sztuka wojenna 1918-1939* MON, Warszawa 1972 str. 383-387

Źródło A

Źródło B F. Piotrowski: *Służba zdrowia Wojska Polskiego w wojnie obronnej 1939 roku*, str.42

(wynosiła około 5% stanu). Na dodatek zasady działania szpitali wojskowych (zwłaszcza polowych) były niewłaściwe i spowodowały ich niepełne wykorzystanie.

Szpitalnictwo cywilne, w przeciwieństwie do stacjonarnych szpitali wojskowych, które ogólnie biorąc były stosunkowo dobrze rozwinięte (około 3 tys. łóżek w czasie pokoju) przedstawiało się wprost rozpaczliwie. Posiadało ono zaledwie 69 tys. łóżek w całym państwie, czyli na 1000 ludzi przypadały zaledwie 2 łóżka szpitalne. W takich warunkach wojsko nie mogło liczyć na to, by szpitale cywilne mogły przyjąć na siebie zadanie wsparcia szpitalnictwa wojskowego w czasie wojny. Jednak w toku walk szpitale te z taką pomocą wojsku musiały bardzo często spieszyć.

Przedwojenna polska doktryna wojenna przewidywała manewrowy charakter wojny, przyjmując statyczne działania obronne tylko jako lokalną i przejściową formę walki. Z tego powodu organizacja i zasady pracy służby zdrowia w Wojsku Polskim były na ogół mniej schematyczne niż w armiach państw zachodnich. Obowiązujący system etapowego leczenia rannych i chorych z przewagą ewakuacji był zgodny z koncepcjami sztuki operacyjnej. Natomiast struktura organizacyjna służby zdrowia, wyposażenie w zbyt ciężki sprzęt a zwłaszcza stan komunikacji stały w rażącej sprzeczności z wymogami ówczesnych działań bojowych. Przy średnio 22-kilometrowym na dobę tempie posuwania się Niemców nie było czasu na powolny i uciążliwy transport na noszach przy użyciu wozów konnych. Dysproporcja między tempem natarcia Niemców a możliwością ewakuacji rannych z pola walki powodowała, że często dostawali się oni do rąk nieprzyjaciela.

W Wojsku Polskim nie organizowano etapu medycznego na szczeblu pułku. Trudno ocenić, na ile niekorzystnie odbiło się to na pracy służby zdrowia w konkretnych warunkach kampanii wrześniowej. Wydaje się jednak, że w warunkach

nieustabilizowanych działań, brak pośredniego ogniwa pomiędzy batalionowymi a głównymi punktami opatrunkowymi, wpłynął niekorzystnie na stan rannych i chorych. Organizowanie wysuniętych punktów opatrunkowych w ilości 1-2 na dywizję, co przewidywały przedwojenne regulaminy, nie mogło zastąpić pułkowego punktu opatrunkowego, koniecznego w warunkach powolnej ewakuacji opartej na transporcie konnym oraz w warunkach stale wzrastającej odległości pomiędzy bpo i GPO.

W kampanii 1939r. w walkach odwrotowych kompanie sanitarne dywizji rozwijały się przeciętnie w odległości dwudziestu kilku do trzydziestu kilometrów poza rubieżami opóźniającymi. Odległość ta dyktowana była głębokością przestrzeni odwrotu, która miała im zapewnić czas na rozwinięcie się i działalność, oraz możliwością zasięgu wozów konnych, którymi ranni byli transportowani z pola walki. Jednak w rzeczywistości bardzo szybko zostawały one zagarnięte lub rozbite przez ruchliwe niemieckie jednostki pancerne²⁸.

Podczas oblężenia Modlina miały np. miejsce epizodyczne co prawda, wypadki zaopatrzenia sanitarnego z powietrza. Płk pil. Jan Kizuń wykonał z Warszawy dwa loty nad twierdzą modlińską, gdzie nad głównym placem zrzucił worki z opatrunkami. Była to pierwsza w dziejach polskiej, wojskowej służby zdrowia tego rodzaju próba zaopatrywania medycznego.

²⁸ Nieprzestrzeganie zasad postępowania z rannymi i chorymi miało np. miejsce w Łomiankach k. Warszawy, a także poprzez bombardowanie Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie w 1939r. (w 1944 również).

S. Bayer: Służba zdrowia Warszawy w walce z okupantem 1939-1945, MON Warszawa 1985

2.2.2. Zabezpieczenie medyczne Wojska Polskiego (1943 - 1945)²⁹.

Służba zdrowia WP powstała, rozwijała się i doskonaliła w ramach ogólnego procesu organizacyjnego tej części Wojska Polskiego, która powstała w Związku Radzieckim w 1943r. W latach 1943 - 1944 jednostki i urzędnicy służby zdrowia funkcjonowały w bardzo specyficznych i trudnych warunkach - bez zaplecza społecznego, elementów stacjonarnych, własnego szkolnictwa oraz doświadczenia fachowego i wojennego. Wszystko to było zdobywane, organizowane i włączane do służby zdrowia w miarę rozwijania się działań wojennych.

Program organizacji i rozwoju służby zdrowia obejmował następujące zagadnienia:

1. W zakresie organizacji jednostek i zaopatrzenia materiałowo - technicznego:

- opracowanie etatów i tabel należności (przyjęto etaty obowiązujące w Armii Czerwonej i wprowadzono do nich poprawki wynikające z aktualnych potrzeb WP, tradycji i doświadczeń);

- zaopatrywanie jednostek w sprzęt medyczny, leki, materiały opatrunkowe, środki transportowe i sprzęt kwatermistrzowski;

- kadrowe zabezpieczanie oraz uzupełnianie stanem osobowym;

- szkolenie i zgrywanie jednostek medycznych;

- zabezpieczanie medyczne powstających jednostek wojskowych.

Jednocześnie program uwzględniał rozwój organizacyjny służby zdrowia stosownie do planowanego rozwoju WP. Przewidziano w ramach tego służbę zdrowia

²⁹ W. Dawidowicz i wsp.: Kwatermistrzostwo LWP w latach 1943-1945, WIH, Warszawa, 1973
Źródło B. A. Słowiński: Rozwój szpitalnictwa polowego w Wojsku Polskim od lat trzydziestych do lat pięćdziesiątych XX wieku. str. 228

korpusu i armii, a także jednostek lotniczych, pancernych, artylerii. Największy problem stanowił brak personelu medycznego oraz podstawowego personelu pomocniczego. Dążono więc do pozyskania maksymalnej pomocy ze strony Armii Czerwonej, a także podjęto szkolenie we własnym zakresie (personel pomocniczy).

2. W zakresie funkcjonowania:

- kontrola żywności i punktów przygotowania posiłków;
- grzebanie poległych i zmarłych;
- kontrola sanitariatów;
- udział w komisjach poborowych.

Obsługa medyczna WP w czasie działań bojowych (operacji) obejmowała dwie zasadnicze grupy przedsięwzięć:

- przedsięwzięcia leczniczo - profilaktyczne prowadzone w wojskach
- leczenie etapowe i ewakuacja wg. wskazań

Zakres przedsięwzięć leczniczo - profilaktycznych był szeroki i często wykraczał poza ramy wojska. Na wachlarz przedsięwzięć z tej dziedziny wpływał przede wszystkim stan sanitarno - epidemiologiczny ludności na wyzwolonych obszarach Polski. Na opuszczonym przez okupanta terytorium (we wschodnich województwach Polski) istniały poważne ogniska chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej. Po wkroczeniu w 1944 roku 1 Armii WP do kraju, choroby te zaczęły przenikać do wojsk. W listopadzie i grudniu 1944 roku w ND WP zanotowano m. in. 14 wypadków zachorowań na tyfus plamisty, a w 1 Armii WP, w okresie wrzesień - listopad 1944 roku było 56 wypadków tyfusu brzuszego, 532 przypadki czerwonki, 428 malarii i 5 szkarlatyny. Ponadto zawszenie żołnierzy w jednostkach wojskowych

wynosiło w tym czasie średnio około 20 % stanu osobowego, a oprócz tego panował świerzb³⁰.

W takiej sytuacji na czoło wszystkich zadań jakie były realizowane w ramach przedsięwzięć leczniczo - profilaktycznych wysunęły się:

- leczenie zakaźnie chorych żołnierzy;
- szczepienia ochronne całego składu osobowego wojska przeciwko chorobom zakaźnym i żołądkowo - jelitowym;
- przeprowadzenie przeglądów i badań lekarskich oraz codziennych przeglądów pod kątem zawszenia;
- utrzymanie higieny zbiorowej i osobistej żołnierzy w miejscu dyslokacji jednostek wojskowych i w rejonach działań bojowych.

Realizacja powyższych zadań w wojskach była ściśle określona rozkazem Naczelnego Dowódcy WP nr 144 z 18.11.1944 roku, który m. in. nakazywał dokonanie (uzupełnienie) szczepień ochronnych całego stanu osobowego WP w terminie do 15.12.1944 roku. Dla utrzymania higieny wśród żołnierzy w oddziałach były budowane łaźnie i komory dezynfekcyjne. Kąpiel stanu osobowego odbywała się co 10 dni. Ponadto dla nowo wcielonych żołnierzy organizowano 14 dniową kwarantannę, a dla powracających z podróży i urlopów przeglądy lekarskie, głównie pod kątem wykrycia chorób wenerycznych. Na stacjach kolejowych i drogach samochodowych powołano doraźne punkty sanitarne.

Przedsięwzięcia leczniczo - profilaktyczne były realizowane we wszystkich rodzajach wojsk i na wszystkich szczeblach organizacyjnych, począwszy od

³⁰ W. Dawidowicz i wsp.: Kwatermistrzostwo LWP op. cit. str. 981

Departamentu Służby Zdrowia a skończywszy na kompanii piechoty. Do wykonania tych zadań służba medyczna WP posiadała:

1. Na szczeblu centralnym - sanitarne punkty kontrolne i zakłady lecznicze
2. W armiach:
 - oddziały sanitarno - epidemiologiczne;
 - kompanie kąpielowo - dezynfekcyjne;
 - pralnie i łaźnie polowe;
 - specjalistyczne zakłady lecznicze.
3. W związkach taktycznych i oddziałach:
 - personel lekarski;
 - pododdziały medyczno - sanitarne.

Ponadto w czterech garnizonach wojskowych (Białystok, Chełm, Jarosław, Lublin) działały lekarskie komisje garnizonowe, których zadaniem m. in. było badanie poborowych i ewentualne kierowanie ich na leczenie. W pierwszym półroczu 1945 roku przedsięwzięciami leczniczo - profilaktycznymi objęto także ludność repatriowaną oraz jeńców wojennych powracających z niewoli. Były to w sumie duże zadania, w znacznej części obejmujące ludność cywilną.

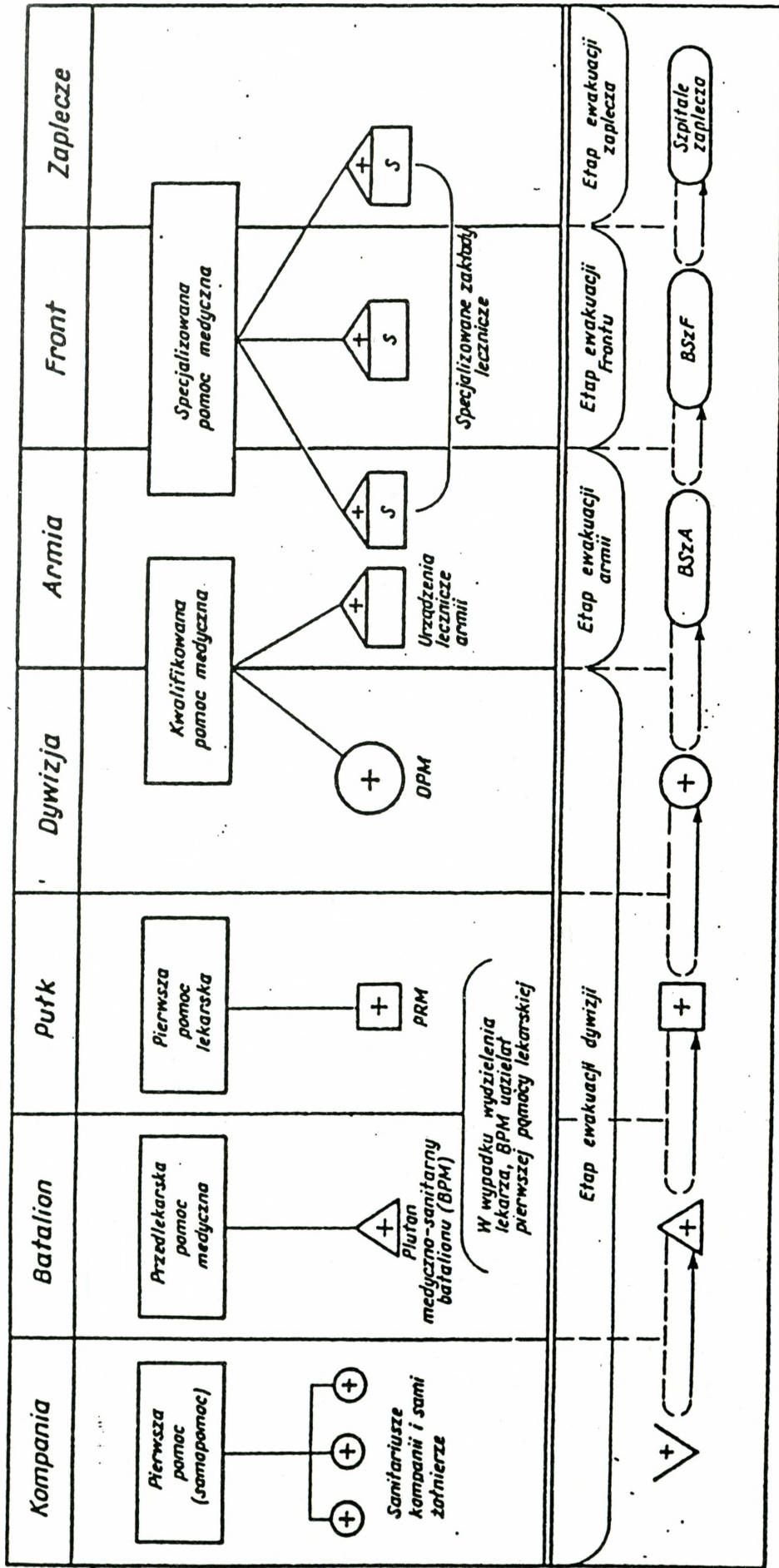
Wojsko, kosztem swoich potrzeb, uwzględniło wnioski o reklamacje organów administracji państwowej i zwolniło od obowiązku pełnienia służby 214 lekarzy medycyny, na 267 planowanych do wcielenia. Poza tym oddało czasowo do dyspozycji ludności cywilnej ponad 5000 łóżek szpitalnych w wojskowych zakładach leczniczych. Wspólnym wysiłkiem cywilnej i wojskowej służby zdrowia opanowano epidemię chorób zakaźnych, które w tym czasie zajmowały czołowe miejsce w tabeli przyczyn zgonów w kraju.

System leczenia etapowego z ewakuacją wg. wskazań, organizowany był w WP na podstawie zasad obowiązujących w Armii Czerwonej (rys. 4). Jego istotą było przeprowadzanie zabiegów leczniczych na kolejnych etapach ewakuacji, łącznie z ewakuacją rannych (chorych) wg. wskazań medycznych odpowiednio do sytuacji bojowej i medycznej. Każdemu etapowi ewakuacji odpowiadał określony zakres pomocy medycznej.

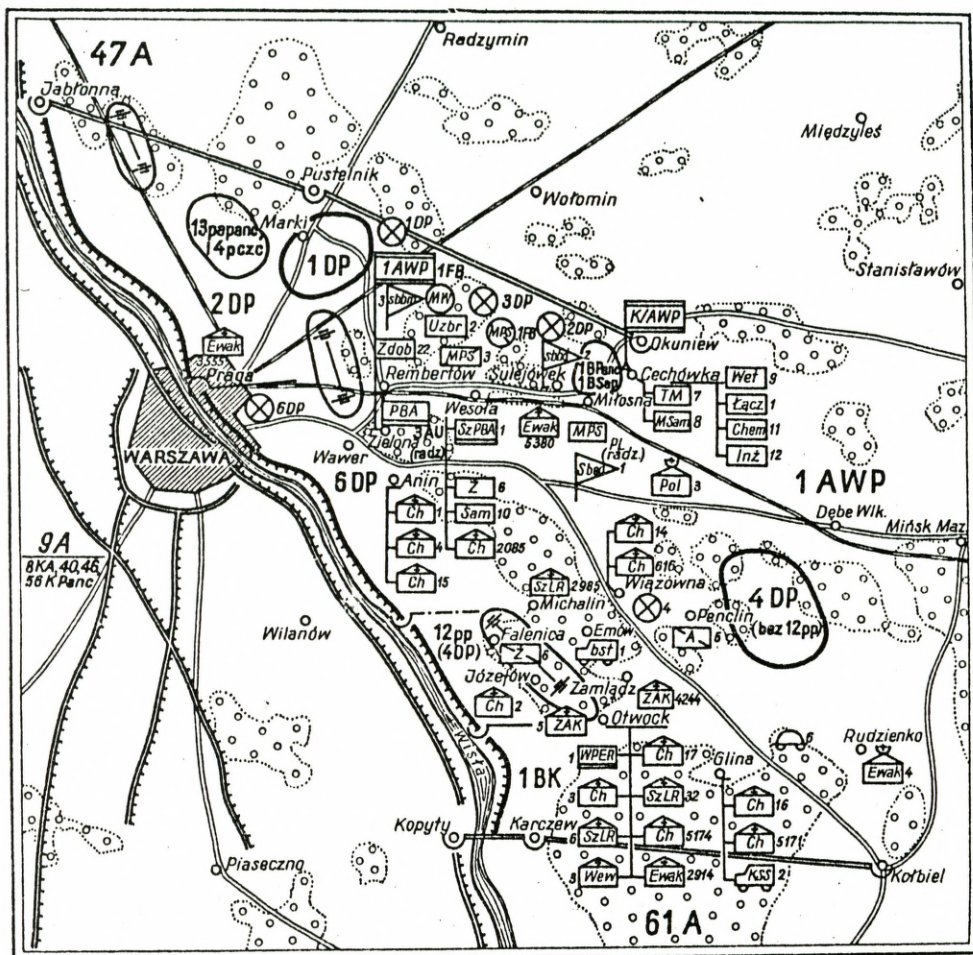
System ten obejmował swym zasięgiem jednostki odwodu Naczelnego Dowództwa WP, 1 i 2 Armii WP oraz wojska lotnicze, przy czym zakres świadczonych usług medycznych w ramach tego systemu nie był jednakowy dla wszystkich wymienionych wyżej grup wojsk. Wynikało to z ich specyfiki oraz udziału w prowadzonych działaniach bojowych (operacjach).

I tak np. dla jednostek, które nie prowadziły w 1944 roku działań bojowych, leczenie etapowe z ewakuacją wg. wskazań było realizowane na warunkach garnizonowych i sprowadzało się do przedsięwzięć leczniczo - profilaktycznych. Na innych zasadach był zorganizowany system leczenia etapowego z ewakuacją wg. wskazań na rzecz wojsk walczących (rys. 5). Po sformowaniu części szpitali, począwszy od 10.09.1944 roku Departament Służby Zdrowia nakazał ewakuację rannych i chorych z 1 Armii WP do zakładów leczniczych w Chełmie i Lublinie, a w późniejszym czasie do m. Siedlce. W 2 Armii WP, podczas operacji berlińskiej odbywała się ona pieszo, transportem samochodowym i kolejowym a także lotniczym³¹ (zał. 4).






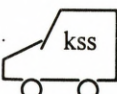
³¹ np. samolotami 12 pułku lotnictwa sanitarnego WP, przydzielonego szefowi oddziału służby medycznej 2 Armii WP. Tą drogą ewakuowano do szpitali w Poznaniu i Bydgoszczy z 2 Armii WP 1296 rannych.



Rys. 4. Etapy ewakuacji medycznej wg. zasad przyjętych w Wojsku Polskim 1943-1945



LEGENDA:

- 
 - szpital chirurgiczny
- 
 - szpital lekko rannych
- 
 - szpital dla chorych wewnatrznie
- 
 - szpital dla zakaźnie chorych
- 
 - szpital ewakuacyjny
- 
 - kompania samochodów sanitarnych

Rys. 5. Organizacja tyłów 1 Armii Wojska Polskiego w operacji warszawskiej (wrzesień 1944 - styczeń 1945)

W końcowej ocenie pracy wojskowej służby zdrowia można stwierdzić, że mimo olbrzymich trudności w okresie realizacji przedsięwzięć leczniczo - profilaktycznych i leczenia etapowego z ewakuacją wg. wskazań - potrafiła ona opanować niezbyt pomyślną sytuację epidemiczną w kraju, utrzymać odpowiedni stan zdrowotny wojska oraz zapewnić mu niezbędną pomoc medyczną. Niezależnie od szeregu improwizacji w całokształcie środków mających na celu udzielenie pomocy medycznej rannym i chorym, oraz ich ewakuacji, obsługa medyczna wojsk była realizowana pomyślnie. Dzięki temu śmiertelność wśród żołnierzy leczonych w szpitalach polowych i zaplecza była stosunkowo niska. Np. w październiku i listopadzie 1944 roku, kiedy szpitale notowały szczytowe obłożenie, śmiertelność wśród rannych i chorych w zakładach leczniczych podległych 8 PEP wynosiła 0,5 - 0,8 % stanu³². Do wojsk ze szpitali powracało średnio w ciągu miesiąca 15 - 18 % stanu leczonych

(zał. 1,2,3).

³² PEP: Polowy punkt ewakuacyjny op. cit. str. 1367

2.2.3. Zabezpieczenie medyczne armii niemieckiej w latach II wojny światowej³³.

Służba zdrowia Wehrmachtu w czasie II wojny światowej uznawała system leczenia etapowego, jednak z preferencją do masowego ewakuowania rannych i chorych na dalekie tyły i rozpraszanie ich w zakładach leczniczych zaplecza. Było to kontynuacją wypracowanych zasad z okresu I wojny światowej, a także ofensywnej doktryny wojennej i trudnością zorganizowania urządzeń medycznych w krajach okupowanych, z wyjątkiem dużych ośrodków miejskich. Przykład - zaplecze szpitalne wojsk walczących na Wschodzie stanowiły m.in. polskie miasta: Warszawa, Kraków, Lublin, Radom, Łódź. Szcebel armii przeprowadzał wyłącznie leczenie rannych i chorych niezdolnych do transportu - dlatego też występowały tu jedynie 2 typy szpitali wojennych: 500 łózkowy dla ciężko rannych i 1000 łózkowy dla lekko rannych i chorych, który w przypadkach epidemii traktowano jako zakaźny. Lecznictwo innych przypadków realizowano natomiast w szpitalach podległych szefowi służby zdrowia Naczelnego Dowództwa.

Wszechstronne przygotowanie Niemiec do nowego sposobu prowadzenia wojny miało również odbicie w stosowanych środkach transportu sanitarnego. Niemniej jednak szybkość działań bojowych i głębokość manewru utrudniała zorganizowanie właściwie funkcjonującej ewakuacji sanitarnej. Wszystkie operacje prowadzone przez armię niemiecką w czasie II wojny światowej wyprzedzały swoim tempem możliwości skutecznej organizacji ich zabezpieczenia medycznego.

Jako nowość Niemcy już w kampanii wrześniowej 1939r. zastosowali na szeroką skalę lotniczy transport sanitarny. W każdym samolocie sanitarnym było

³³ Źródło A

wyposażenie reanimacyjne i lekarz. W czasie walk ewakuowano w ten sposób około 2500 rannych z czego zmarło jedynie 4. Żołnierze niemieccy z walk pod Warszawą często znajdowali się w szpitalu zapleczu we Wrocławiu po upływie dwóch i pół godziny od chwili zranienia co przy masowych stratach sanitarnych nawet dziś robi wrażenie dobrej i skutecznej organizacji ewakuacji medycznej.

Lotnictwo sanitarne również w kolejnych kampaniach wojsk niemieckich było szeroko wykorzystywane - np. z ciągu 1,5 miesiąca kampanii rosyjskiej 1941 roku z frontu wywieziono 280 tys. rannych. Podkreślić należy, że w czasie zmiennych kolei II wojny światowej Niemcy nie zaniechali żadnego wcześniej stosowanego środka ewakuacji - transportu jucznego, na noszach, psich zaprzęgach, morskiego czy kolejowego a również wspomnianego wcześniej lotniczego.

Czynnikami sprzyjającymi dużej wyleczalności chorych i rannych było stałe doskonalenie sprzętu medycznego, stosowanie coraz skuteczniejszych leków oraz sposobów i metod leczenia. Zastosowanie odkrycia prof. R. Weigla, szczepionki przeciw durowi plamistemu, wprowadzenie do lecznictwa sulfonamidów, a także bogate wyposażenie służby zdrowia Wehrmachtu w aparaturę rentgenowską są tego dobrym dowodem.

Charakterystyczne, ze względu na swą prostotę, a zarazem bardzo wysoką skuteczność, było tworzenie dobrych warunków do szybkiej transfuzji krwi w wybranych oddziałach - np. w Korpusie Afrykańskim gen. Rommla. Trudne warunki klimatyczne Afryki Północnej, w których prowadzono walki, uniemożliwiały m.in. długotrwałe przechowywanie krwi. W związku z tym starano się formować pododdziały z żołnierzy mających tę samą jej grupę, przez co każdy mógł być dawcą.

Zjawiskiem niezwykle ciekawym jest to, że pomimo wyżej opisywanej nowoczesności w niemieckiej wojskowej służbie zdrowia, podczas całej II wojny światowej hitlerowskie siły zbrojne były mocno dotknięte chorobami zakaźnymi. I tak: w roku 1939 wystąpiła epidemia czerwonki powodująca śmiertelność rzędu 10%. W czasie walk na froncie wschodnim były okresy, że zachorowalność na dur plamisty była porównywalna z odsetkiem strat bojowych. Śmiertelność wśród żołnierzy chorych na dur plamisty wynosiła 6,5% do 10%. Wystąpiła tu też masowo inna jakościowo grupa strat sanitarnych - rozległe odmrożenia.

W czasie kampanii afrykańskiej choroby przewodu pokarmowego powodowały ubytek z szeregów 40 do 50% stanu oddziałów liniowych.

Ogólnie można powiedzieć, że skuteczność działania niemieckiej służby zdrowia w czasie II wojny światowej, pomimo dobrych i nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych i leczniczych nie odbiegała od wyników innych walczących armii, zwłaszcza zachodniego teatru działań wojennych. Złożyło się na to wiele czynników, w tym przebieg działań operacyjnych, warunki klimatyczne występujące na poszczególnych teatrach działań wojennych oraz sytuacja wewnętrzna Niemiec. Osiągnięte efekty muszą być brane pod uwagę w pracach nad doskonaleniem własnej służby zdrowia i przygotowaniem jej do funkcjonowania we współczesnych warunkach operacyjnych.

2.2.4. Zabezpieczenie medyczne Armii Czerwonej w latach 1941-1945³⁴

Cechą zasadniczo odróżniającą system zabezpieczenia medycznego Armii Czerwonej od innych ówczesnych wojsk było leczenie etapowe z ewakuacją wg. wskazań, z tendencją do zatrzymywania rannych na miejscu. Źródłem takiego postępowania była tradycja walk okresu wojny domowej i trudności komunikacyjne przy surowych i zmiennych warunkach klimatycznych olbrzymich przestrzeni Związku Radzieckiego. Doświadczenia nowej wojny spowodowały pewne korekty wcześniej przyjętej taktyki służb medycznych - przede wszystkim, aby skrócić czas ewakuacji i móc szybciej udzielić kwalifikowanej pomocy rannym, zbliżono punkty medyczne i szpitale polowe do pierwszej linii. Tak np. Dywizyjny Punkt Medyczny w początkowym okresie wojny odległy od niej o ok. 30 km po roku 1942 umieszczano w obronie w odległości 10 km, a w natarciu 5 km, natomiast dla ugrupowania pułku odległości te wynosiły odpowiednio 5 km i 2 km.

Zakres działań medycznych realizowanych w poszczególnych etapach ewakuacji był ściśle określony regulaminami i instrukcjami, co z kolei unifikowało wyposażenie poszczególnych komórek pomocy medycznej.

Podstawową taką komórką były kompanijne drużyny sanitarne, które wносиły rannych z pola walki i udzielały im pierwszej pomocy sanitarnej. W batalionach występował felczer działający w rozwijanym bpo, a w pułkach i dywizjach lekarze organizujący leczenie i ewakuację w ramach ppm i DPM.

Na szczeblu operacyjnym występował I rzut bazy szpitalnej armii. Wydzielano tu specjalizowane szpitale polowe dla rannych w głowę, klatkę piersiową i jamę

³⁴ Źródło A

brzuszną, organa ruchu, a także dla lekko rannych.

W miarę oddalania się od frontu specjalizacja szpitali powiększała się (neurochirurgiczne, szczękowo-twarzowe, klatki piersiowej, brzucha i inne). Przedstawiony powyżej ogólny schemat zabezpieczenia medycznego Armii Czerwonej na polu walki nie zawsze był w pełni i dokładnie realizowany wg. tej zasady, gdyż w zależności od sytuacji operacyjnej i medycznej radziecka służba zdrowia stosowała nieraz bardzo różne warianty organizacyjne.

Dla zabezpieczenia ewakuacji rannych wykorzystywano wahadłowe pociągi sanitarne lub transport kolejowy odfrontowy. Jednak ze względu na ogrom zniszczeń kolei wiodącą rolę odegrał transport samochodowy. W poszczególnych operacjach, szczególnie w okrążeniu grup wojsk i oblężeniu miast okresu 1941-1942 pewną rolę odegrał transport lotniczy.

W Armii Czerwonej, w odróżnieniu od innych armii funkcje organów zaopatrujących i składnic sanitarnych były rozdzielone.

Organy zaopatrzące - uwzględniając zapasy w składnicach, jednostkach i zakładach zapotrzebowały materiał medyczno-sanitarny i rozdzielały go. Natomiast same składnice i apteki pobierały, przechowywały, wydawały i dostarczały je na zlecenie organu zaopatrującego. Nie mogły więc same decydować o wydaniu posiadanych zasobów.

Taki, absolutnie niefunkcjonalny system wynikał z zasad ustrojowych - z centralnym planowaniem i zarządzaniem w państwie. Dotyczył zresztą większości materiałów kwatermistrzowskich, a więc zamiast ułatwić działanie podsystemów zaopatrujących znacznie utrudniał ich pracę³⁵.

³⁵ Wniosek taki można wysnuć np. z wnikliwej lektury wspomnień S. Sztemienki: Jeszcze raz o Sztabie Generalnym w latach wojny, MON Warszawa 1979

Syntetyczne ujęcie genezy systemów zabezpieczenia medycznego wojsk, wbrew pozorom jest przedsięwzięciem trudnym. Tworzona w tym zakresie dokumentacja swój punkt ciężkości miała w zagadnieniach natury stricte medycznej³⁶. System wojskowy, w którym owe podsystemy funkcjonowały na ogół jest traktowany w faktografii marginalnie. Z kolei ich użytkownicy - dowódcy ogólnowojskowi z reguły większą wagę przywiązywali do działań logistycznych związanych z uzbrojeniem, amunicją, paliwami niż do zabezpieczenia medycznego. Wobec powyższego w ich relacjach czy wspomnieniach jest ono pomijane bądź przedstawiane bardzo ogólnie³⁷.

W tej części rozdziału starałem się podkreślić rozwiązania i zagadnienia umożliwiające porównywanie systemów, występujących w różnych armiach i w różnych okresach historycznych. Ogólnie można stwierdzić, że wyraźnych zmian co do roli wojskowej służby zdrowia w nowożytnych wojskach nie zauważa się. Zawsze jest to szereg przedsięwzięć mających na celu pomoc medyczną, leczenie, rehabilitację rannych i chorych, ewakuację i zabezpieczenie sanitarno - przeciwepidemiczne. Postęp dotyczy nowych rozwiązań organizacyjnych wynikających z roli sił zbrojnych, a także rozwoju wiedzy i sztuki medycznej jak również doskonalenia systemów zabezpieczających wojska.

³⁶ J. Maj: Na drogach do piekieł, Kraków 1973

S. Majewski: Wojna, ludzie, medycyna, MON, Warszawa 1973

S. Wojtkowiak: Lancet i karabin, MON, Warszawa 1973

³⁷ F. Skibinski: Pierwsza pancerna, MON, Warszawa 1962

Wojska pancerne w II wojnie światowej, WPH 1975/3

M. Porwit: Komentarze do historii polskich działań obronnych, Warszawa 1,2,3, 1969-1978

T. Jurga, W. Karbowski: Armia „Modlin”, MON, Warszawa 1987

M. Kroczyński: Wojsko Polskie na Pomorzu Zachodnim i Krajnie w 1807, MON, Warszawa 1990

2.3. Organizacja systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP po roku 1945³⁸.

Przemiany koncepcji zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w okresie powojennym dokonywały się głównie w oparciu o doświadczenia II wojny światowej i aktualny rozwój wiedzy, w tym medycznej i wojskowej. Powodowały je również dynamicznie rozwijające się nauki związane z farmacją (biochemia, analityka, transfuzjologia) i rozwój technicznej aparatury medycznej (urządzenia anestezyjologiczne, polowe aparaty rentgenowskie, urządzenia diagnostyczne oparte o rozwijającą się elektronikę).

Znaczącym stał się również fakt, że w przewidywanym konflikcie wojennym zakładano użycie broni masowego rażenia. Mogła ona spowodować znaczący wzrost strat sanitarnych wśród walczących wojsk oraz wśród ludności znajdującej się na teatrze działań wojennych.

Główny potencjał zabezpieczenia medycznego miał znajdować się na szczeblu armii i frontu, zgrupowany w mocno rozbudowanych bazach sanitarnych. Bazy sanitarne armii mogły być lokalizowane w odległości 50-100 km od linii styczności z nieprzyjacielem, natomiast frontowe w odległości 100-150 km lub więcej.

Leczenie żołnierzy realizowały polowe ruchome szpitale chirurgiczne na 200 łóżek, polowe ruchome szpitale wewnętrzne na 200 łóżek, polowe ruchome szpitale dla oparzonych na 200 łóżek, polowe szpitale ewakuacyjne na 300-500 łóżek, polowe szpitale segregacyjne na 500 łóżek, szpitale lekko rannych na 500-1000 łóżek, polowe szpitale neurologiczne na 200 łóżek i szpitale zakaźne na 100 łóżek. Każdy z

³⁸ Źródło A

A. Słowiński: *Rozwój szpitalnictwa polowego w Wojsku Polskim od lat trzydziestych do lat pięćdziesiątych XX wieku.*

Źródło B str. 231-233

wymienionych szpitali składał się z oddziałów leczniczych liczących przeciętnie 100 łóżek.

Liczba poszczególnych szpitali w armii i froncie była dostosowana do ich składu bojowego i zadań operacyjnych. W dyspozycji bazy szpitalnej armii występowały szpitale mniejsze, a więc bardziej mobilne. Baza szpitalna frontu natomiast posiadała szpitale o większej pojemności łóżkowej.

W związkach taktycznych nie przewidywano posiadania etatowych szpitali polowych. Znajdowały się tutaj bataliony medycznego wzmocnienia, które rozwijały punkty medyczne podobne do szpitali polowych, lecz formalnie nimi nie będące. Zakładano, że pierwszorzutowe związki taktyczne otrzymywać będą wzmocnienie w postaci polowych szpitali ruchomych pierwszej linii.

W porównaniu z II wojną światową występuje w tym okresie tendencja do tworzenia szpitali nowych typów - jednoprofilowych. Nowością są szpitale neurologiczne lub dla dotkniętych działaniem BMR oraz specjalizowane szpitale chirurgiczne. Zakres usług świadczonych przez szpitale polowe dzielił je na dwie zasadnicze grupy: pierwsza to szpitale udzielające kwalifikowanej pomocy lekarskiej, druga natomiast - pomocy specjalistycznej.

Podkreślić należy, że przedstawione powyżej rozwiązania w zasadzie do połowy lat siedemdziesiątych nie ulegały większym zmianom. Trwały dyskusje i miały miejsce zmiany organizacyjne dotyczące tworzenia jedno lub wieloprofilowych szpitali, ich podporządkowania lub wyposażenia. Również organizacja batalionów medycznego wzmocnienia uległa licznym modyfikacjom.

Wyraźnemu przeobrażeniu i modernizacji uległa natomiast całość wyposażenia medycznego, a zwłaszcza technicznego mającego znaleźć się w dyspozycji szpitali

polowych. I tak np. wprowadzono w nich wytwórnie lodu, polowe urządzenia do destylacji wody i wytwarzania płynów infuzyjnych, pracownie rentgenowskie i ruchome laboratoria analityczne. Zorganizowano również pełnoprofilowe stacje krwiodawstwa.

Znacznej ewolucji uległo również zabezpieczenie kwatermistrzowskie szpitali polowych - wprowadzono polowe piekarnie, pralnie i urządzenia do budowy studni głębinowych. Do etatów i tabel należności wprowadzono nowe środki transportowe, namioty i różnego rodzaju sprzęt łączności.

W obsadzie szpitali wzrósł udział wysokokwalifikowanego personelu medycznego. Dotychczasowych felczerów zastąpiono fachowymi pielęgniarkami a w stosunku do lekarzy zaczęto wymagać specjalizacji zawodowej. Fakt wymagań specjalizacyjnych znajduje poza wszystkimi korzyściami natury fachowej istotne odbicie w praktyce mobilizacyjnej - lekarz wojskowy z zasady posiada co najmniej dwie specjalności wojskowe.

Przykładem ogólnego rozwoju polskiej medycyny powojennej mogą być następujące dane statystyczne:

- w 1938r. na 10 tys. ludności przypadało 3,7 lekarzy, 1,1 dentystów, 19 pielęgniarek i 20,1 łóżek szpitalnych
- w 1966r. było 13,0 lekarzy, 3,7 dentystów, 25,7 pielęgniarek i 61 łóżek szpitalnych
- obecnie - w 1997r. na 10 tys. ludności mamy 22 lekarzy i 72 łóżka szpitalne

Osiągnięty obecnie potencjał służby zdrowia w Państwie powinien być maksymalnie wykorzystany dla zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych podczas ewentualnych działań wojennych.

2.4. Aktualny stan systemu zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP na czas wojny³⁹.

Zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych RP na czas wojny obejmuje przedsięwzięcia w zakresie udzielania pomocy medycznej, leczenia oraz rehabilitacji rannych i chorych, a także w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego i zaopatrzenia medycznego.

Zadania te mają być realizowane w okresie mobilizacji i osiągnięcia WSGB, operacyjnego rozwinięcia wojsk, jak również w trakcie operacji obronnej. U podstaw systemu zabezpieczenia medycznego leżą założenia dotyczące wykorzystania potencjału medycznego kraju (stacjonarna baza lecznicza, transport, infrastruktura socjalnobytowa i zaopatrzenie medyczne). Podstawę do takiego rozwiązania dał rozkaz z 15.07.81r. Głównego Kwatermistrza WP. Jego praktyczne stosowanie trwa do dzisiaj, z licznymi modyfikacjami i uzupełnieniami.

System zabezpieczenia medycznego ma funkcjonować według następujących zasad:

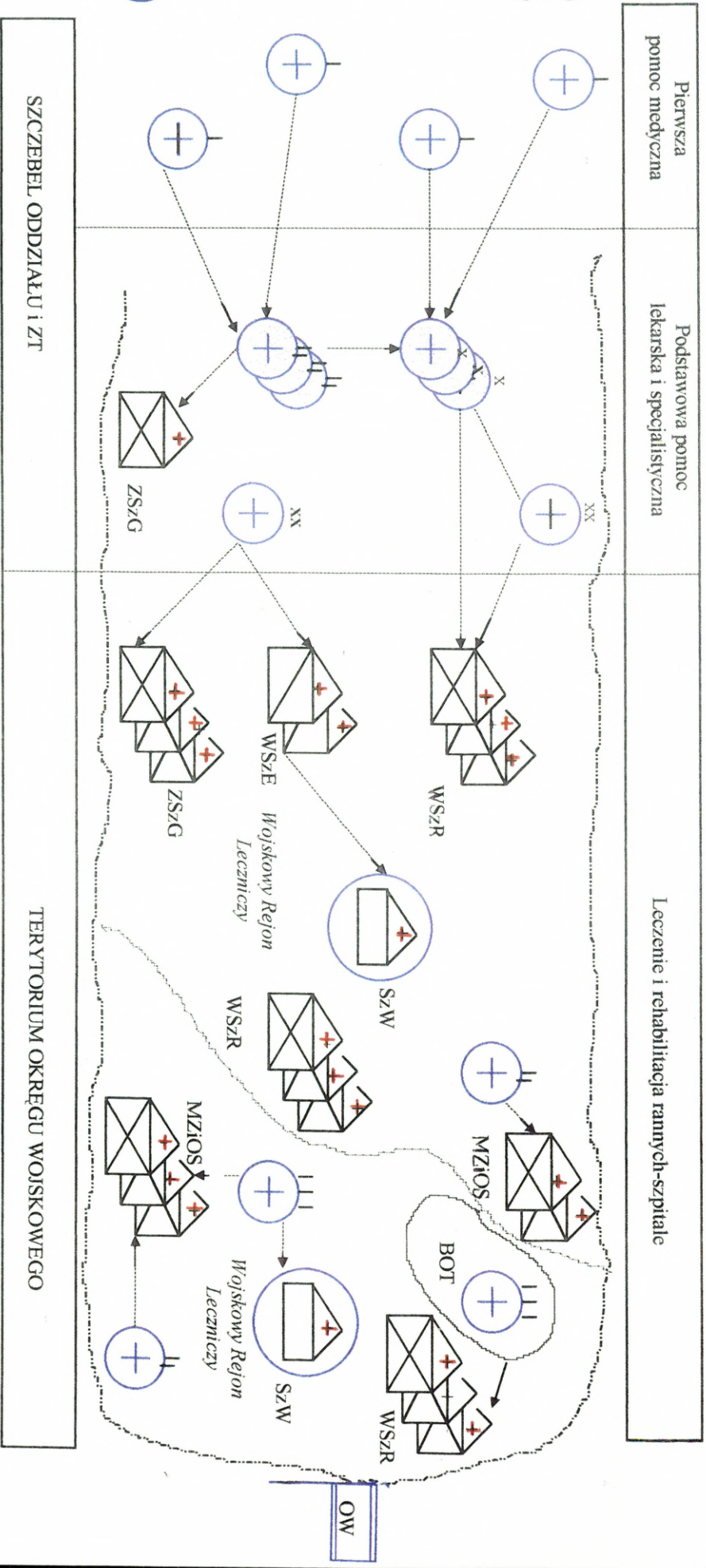
- służba zdrowia szczebla taktycznego powinna wykonywać swoje zadania w oparciu o organiczne, w pełni samodzielne i ruchome pododdziały i oddziały medyczne (plutony medyczne, kompanie medyczne, bataliony medyczne). W działaniach bojowych może być wspierana siłami i środkami wyższego przełożonego;

- ewakuacja z oddziału i związku taktycznego do szpitali prowadzona ma być transportem samochodowym, a w perspektywie także transportem lotniczym

³⁹ J. Krężel i wsp.: Struktura organizacyjna, przeznaczenie i możliwości służby zdrowia szczebla operacyjnego i strategicznego, *Lekarz Wojskowy* 1/96 str. 50-58

A. Trybusz i wsp. : Zabezpieczenie medyczne strategicznej operacji obronnej, *Lekarz Wojskowy* str. 73-75

A. Sujecki: Zabezpieczenie medyczne operacji obronnej, Rękopis CSK WAM str. 1-13



Legenda:

- granice wojskowych rejonów leczniczych.
- ⊕ punkt opatrunkowy szczebla taktycznego
- ⊕ szpital wojskowy: SzW - wiodący, WSzR - rezerwowy, ZSzG - zmilitaryzowany na bazie garnizonu, MZiOS - cywilny wydzielający łóżka dla sił zbrojnych na czas wojny, WSzE - wojskowy szpital ewakuacyjny

Rys. 6. Obowiązujący (1997) system ewakuacji medycznej w czasie wojny

(śmigłowcami) (rys. 6).

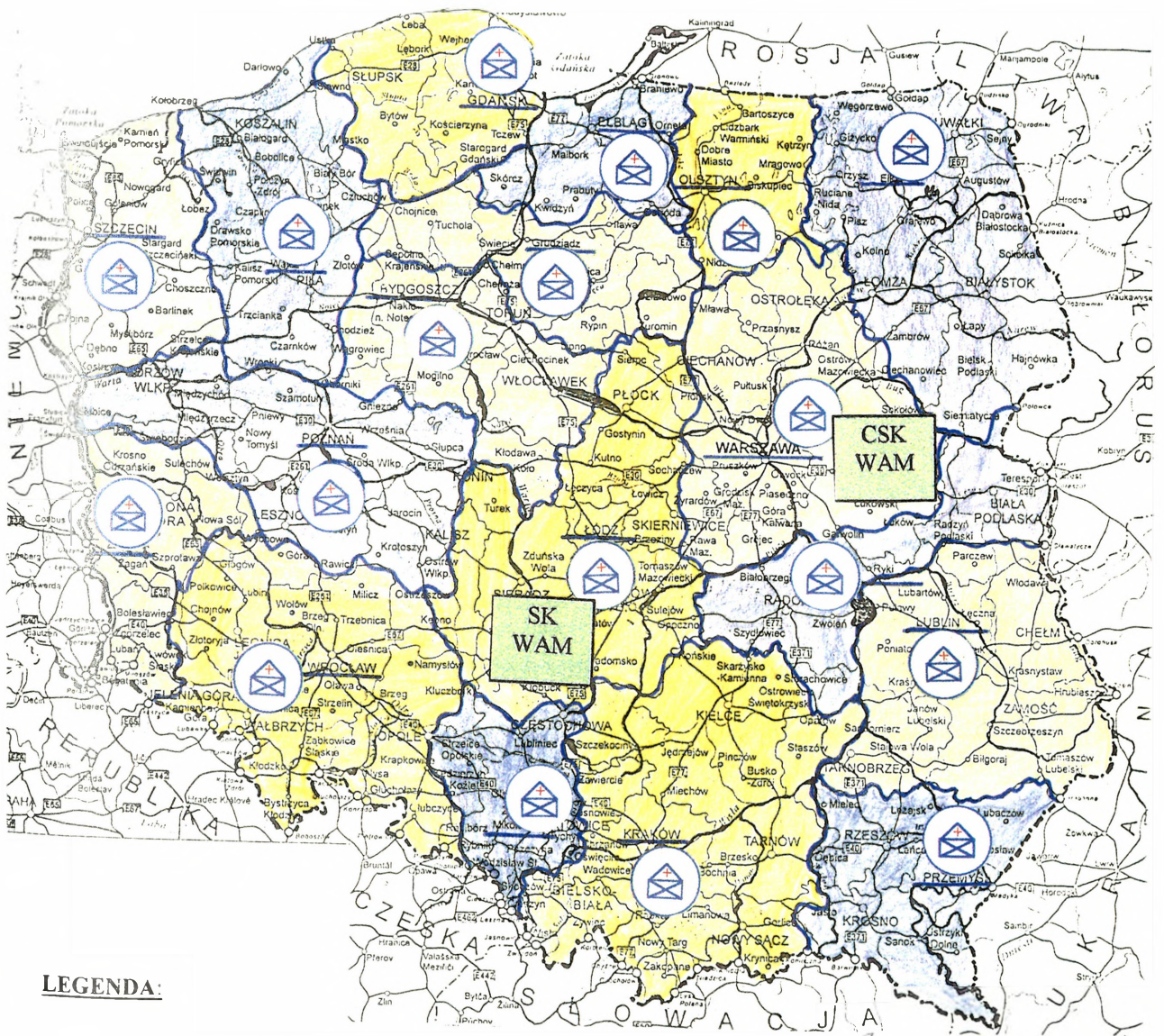
- leczenie specjalistyczne i rehabilitacja oparte zostały o sieć stacjonarnych szpitali wojskowych rozmieszczonych na obszarach Okręgów Wojskowych. Zostały one podzielone na sieć Wojskowych Rejonów Lecznich (rys. 7). Przewiduje się, że w skład WRL wejdą:

- wiodący szpital wojskowy;
- wojskowe szpitale nowoformowane (ewakuacyjne i zmilitaryzowane);
- szpitale rezerwowe rozwijane w obiektach stałych;
- szpitale cywilne wydzielające określoną ilość łóżek dla sił zbrojnych na czas wojny.

Wojskowe Szpitale Rezerwowe mają zastąpić dotychczasowe szpitale Bazy Szpitalnej Frontu (BSzF). Każdy z nich miałby wieloprofilowy charakter i posiadałby 300 łóżek, z możliwością sprofilowania na szpital specjalistyczny brygadami specjalistów powoływanych na czas wojny z Okręgu Wojskowego, w którym rozlokowano dany szpital. Szpitale rezerwowe z reguły mobilizowane byłyby w obiektach wcześniej przygotowanych do tego. Zgromadzono by tam niezbędne wyposażenie, a w czasie mobilizacji rezerwiści przybywaliby bezpośrednio do miejsca ich rozwinięcia.

System zakłada pełną autonomię w zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk znajdujących się na obszarze OW. Szef Służby Zdrowia OW ponosi całkowitą odpowiedzialność za całokształt leczenia - od pierwszej pomocy medycznej po leczenie specjalistyczne w szpitalach i rehabilitację.

Całością zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych kieruje Szef Służby Zdrowia WP. Szczebel centralny sprawuje także nadzór nad szkoleniem kadr



LEGENDA:



- Wiodący szpital Wojskowego Rejonu Leczniczego

CSK WAM - Centralny Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie

SK WAM - Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi

— granica Wojskowego Rejonu Leczniczego

Rys. 7 Podział Polski na Wojskowe Rejony Lecznice (orientacyjny)

medycznych oraz zasila w kadre służby zdrowia RSZ.

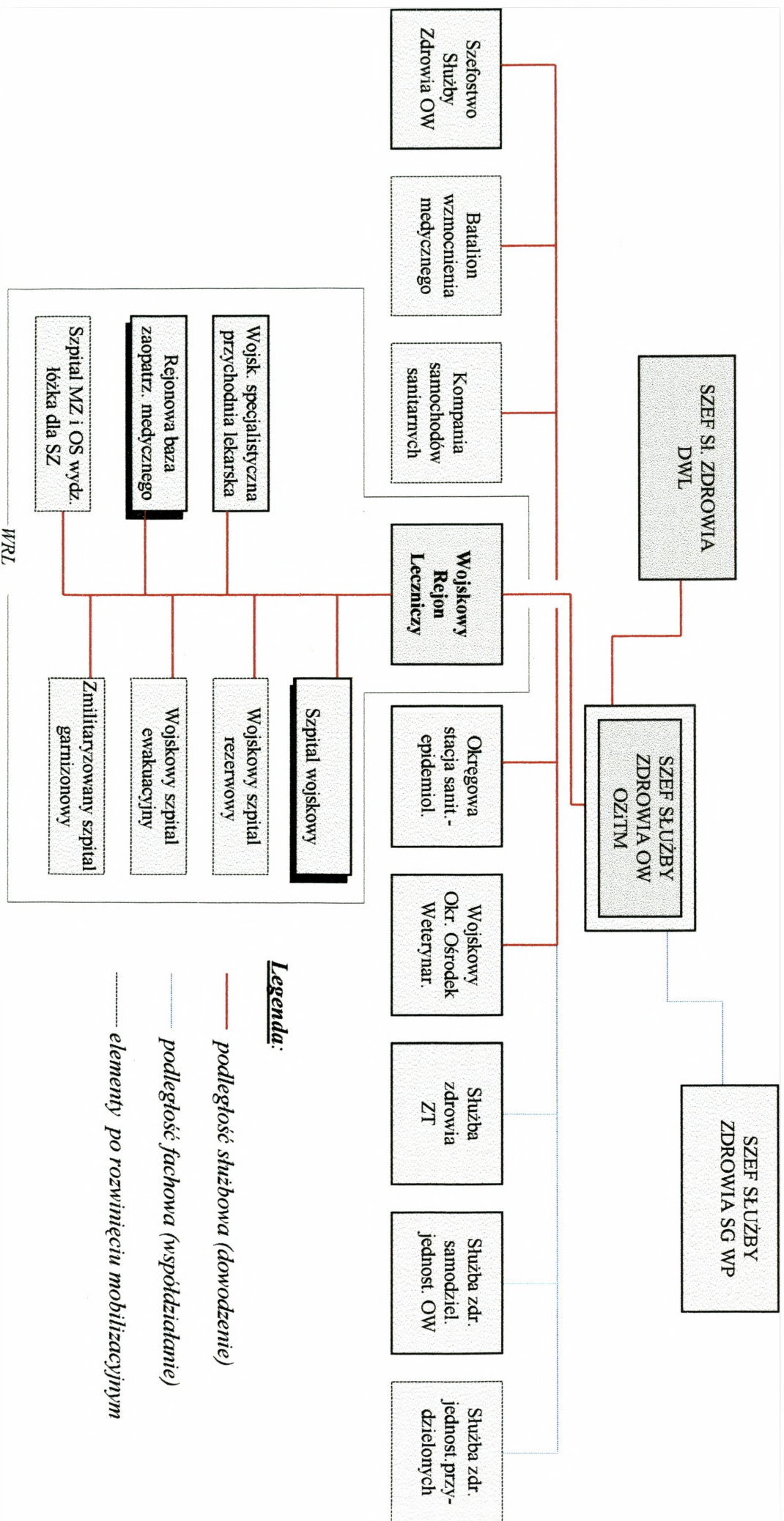
System zaopatrzenia medycznego realizowany jest w oparciu o rejonowe bazy zaopatrzenia (RBZmed) utworzone przy każdym szpitalu wojskowym rejonu leczniczego oraz stacjonarną składnicę sanitarną centralnego podporządkowania (WOFiTM). Wojskowy Rejon Leczniczy obejmuje wybrany obszar kraju z wiodącym szpitalem wojskowym i szpitalami nowoformowanymi (rys. 8). Są to:

- wojskowe szpitale rezerwowe w ilości 4 - 7 w rejonie, przewidziane na około 300 łóżek (wieloprofilowe);
- zmilitaryzowane szpitale garnizonowe;
- szpitale ewakuacyjne;
- szpitale MZiOS wydzielające łóżka dla potrzeb sił zbrojnych.

W czasie wojny komendantowi WRL podlegają pod względem fachowym i służbowym komendanci pozostałych szpitali wojskowych (SzW, WSzR, WSzE, ZSzG). Ponadto sprawuje on nadzór nad procesem leczenia i rehabilitacji rannych i chorych żołnierzy oraz wykorzystaniem łóżek w zakładach leczniczych publicznej służby zdrowia wydzielających je na potrzeby sił zbrojnych (szpitale MZiOS).

Wojskowy Rejon Leczniczy jest organem wykonawczym Szefa Służby Zdrowia OW. Dysponuje on Rejonową Bazą Zaopatrzenia Medycznego dla wszystkich szpitali wojskowych i jednostek służby zdrowia znajdujących się w jego obszarze. Organem dowodzenia Komendanta WRL jest Komenda Rejonu Leczniczego. Jej zadaniami jest:

- planowanie i organizacja działalności leczniczo-ewakuacyjnej oraz zbieranie i opracowywanie statystyki medycznej, dotyczącej obłożenia i potrzeb leczniczych szpitali oraz prowadzenie dziennika działań bojowych szpitala;
- opracowywanie planów reorganizacji i profili szpitali;



Legenda:

— podległość służbowa (dowodzenie)

— podległość fachowa (współdziałanie)

..... elementy po rozwinięciu mobilizacyjnym

Rys. 8 System służby zdrowia w układzie podległości służbowej i fachowej (grudzień 1997)

- organizowanie sprawnego przyjęcia rannych i chorych z ZT i innych WRL zgodnie z decyzją Szefa Służby Zdrowia OW (organizowanie fachowej segregacji medycznej - rozdział rannych i chorych pomiędzy szpitale, odpowiednio do rodzaju zranień i chorób), organizacja udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej w pełnym zakresie, leczenia i hospitalizacji włącznie z rehabilitacją;

- składanie Szefowi Służby Zdrowia OW meldunków o sytuacji medycznej i stanie zaopatrzenia medycznego w rejonie;

- opracowywanie i realizowanie planu współdziałania m.in.: z organami administracji państwowej, Komendantami innych WRL, służbą zdrowia ZT działających na terenie rejonu leczniczego;

- planowanie i prowadzenie stałego rozpoznania sanitarno-higienicznego oraz organizowanie postępowania p-epidemicznego we współpracy z publicznymi stacjami SANEPID;

- zaopatrywanie szpitali i jednostek wojskowych dyslokowanych w WRL w sprzęt, materiały medyczne, płyny krwiozastępcze i tlen zgodnie z meldunkami o stanie zaopatrzenia medycznego jednostek wg. harmonogramu Szefa Służby Zdrowia OW oraz organizowanie obsługi technicznej i napraw sprzętu medycznego;

- koordynowanie pracy RWKL w szpitalach wojskowych i organizowanie nieetatowych WKL w szpitalach MZiOS wydzielających łóżka dla sił zbrojnych;

- składanie zapotrzebowań kadrowo-osobowych do WKU w przypadkach strat sanitarnych personelu medycznego szpitali WRL.

Jak wynika z badań i ćwiczeń, sprawne i efektywne wykonanie zadań czasu wojny przez Komendę WRL, przy obecnych strukturach i układzie etatowym będzie

napotykało na duże trudności⁴⁰. Natomiast jako przykład skutecznych rozwiązań można przytoczyć systemy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych takich państw jak Niemcy i Federacja Rosyjska.

⁴⁰ A. Wiśniewski i wsp.: Organizacja i zasady funkcjonowania Wojskowych Rejonów Lecznich, *Lekarz Wojskowy* 1/96, str. 77

2.5. *System zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej*⁴¹.

Tworzenie systemu zabezpieczenia medycznego realizowane jest w ramach ogólnej koncepcji restrukturyzacji SZ FR. Proces ten rozpoczęto w 1988 roku. Polega on m. in. na ograniczeniu liczby małych zakładów leczniczych i stworzeniu instytucji bazowych w określonych strefach terytorialnych. Dotychczas dokonano połączenia ponad 240 zakładów leczniczych, w tym 30 szpitali oraz 34 składnic i magazynów medycznych.

Oceniając dotychczasowe przedsięwzięcia restrukturyzacyjne w tej dziedzinie, specjaliści z wojskowej służby zdrowia FR⁴² stwierdzają, że bardziej efektywnie wykorzystywane są zasoby finansowe i materiałowe, wzrasta jakość udzielanej pomocy i zaopatrzenia medycznego, poziom organizacji nadzoru sanitarno - epidemiologicznego. Aktywniej wdrażane są również do praktyki służby zdrowia współczesne osiągnięcia nauki i techniki.

Zasadniczą bazą organizowanego systemu jest podział wojskowo - administracyjny terytorium Rosji na okręgi wojskowe oraz odpowiadające im w czasie wojny rejony i kierunki strategiczne. Obecnie podział ten obejmuje 7 okręgów wojskowych (Leningradzki, Moskiewski, Północnokaukaski, Uralski, Syberyjski, Zabajkalski, Dalekowschodni), a także kaliningradzką „specjalną strefę obronną”.

Głównym trzonem organizacyjnym i funkcjonalnym systemu jest służba zdrowia okręgu wojskowego. Zasada terytorialności realizowana jest z uwzględnieniem właściwości i liczebności wojsk czasu „P” i „W” każdego okręgu wojskowego,

⁴¹ Wojskowy Przegląd Zagraniczny 2 (212) autor R. D. str. 86-92

⁴² Celowo zmieniłem określenie przyjęte w siłach zbrojnych FR ze „służby medycznej” na służbę zdrowia. Jest to podyktowane wymaganiem jednolitości stosowanej w pracy nomenklatury specjalistycznej.

faktycznych i potencjalnych możliwości jego służby zdrowia oraz istniejącej i tworzonej wojskowej infrastruktury medycznej.

Na organizację systemu wpływają również inne czynniki, do których zaliczyć należy: rozmieszczenie i możliwości rozwiniętych na terytorium okręgu baz wojskowych i składnic; stan infrastruktury komunikacyjnej; dyslokacja wojsk i ich planowe przemieszczanie oraz plan operacyjnego rozwinięcia wojsk.

System zabezpieczenia medycznego stanowi połączenie regionalnych sił i środków medycznych, zdecentralizowanych według stref odpowiedzialności, w celu autonomicznego i skutecznego zabezpieczenia medycznego wojsk na określonym terytorium w czasie pokoju, podczas rozwinięcia mobilizacyjnego i w początkowym okresie wojny. Stosownie do konkretnej sytuacji w danym okręgu wojskowym określony został optymalny, odpowiednio wyważony poziom wzajemnych stosunków między centrum a poszczególnymi strefami terytorialnymi w odniesieniu do każdego elementu zabezpieczenia medycznego wojsk, tj. leczniczo - profilaktycznego, sanitarno - higienicznego, przeciwepidemicznego oraz zaopatrzenia medycznego.

Fundamentalne znaczenie posiada stworzenie w każdej strefie odpowiedzialności niezbędnych warunków do udzielenia pełnowartościowej pomocy ambulatoryjno - szpitalnej, realizacji podstawowych form specjalistycznej pomocy lekarskiej, natychmiastowej pomocy medycznej w sytuacjach nadzwyczajnych, przeprowadzania przedsięwzięć z zakresu nadzoru sanitarno - epidemiologicznego i przeciwepidemicznej ochrony wojsk oraz zaopatrzenia w sprzęt medyczny.

Uwzględniając powyższe, przez strefę odpowiedzialności należy rozumieć przygotowaną z góry część okręgu wojskowego wraz ze znajdującymi się na jego terytorium pod wspólnym dowództwem siłami i środkami służby medycznej

przeznaczonymi do medycznego zabezpieczenia wojsk w czasie pokoju, podczas ich mobilizacyjnego rozwinięcia i w czasie wojny. Zakłada się, że system stworzy warunki do racjonalnego wykorzystania możliwości instytucji medycznych innych resortów (na podstawie specjalnej umowy) znajdujących się w strefie odpowiedzialności.

W zależności od właściwości terytorium okręgu wojskowego i wojskowej infrastruktury medycznej w strefie odpowiedzialności funkcje dowodzenia służbą zdrowia powierza się z reguły komendantowi bazowego (strefowego) szpitala wojskowego, a w poszczególnych przypadkach - innym osobom funkcyjnym (szefowi służby zdrowia garnizonu lub związku operacyjnego). Przewiduje się że w czasie wojny zostanie zachowana infrastruktura służby zdrowia strefy odpowiedzialności czasu pokoju. Jednak w związku ze zwiększeniem zakresu wykonywanych zadań może zaistnieć potrzeba powołania dodatkowego organu dowodzenia.

Jednym z podstawowych dokumentów określających kształt organizacyjny systemu w okręgu wojskowym jest rozkaz dowódcy okręgu (floty), przygotowany z udziałem wszystkich odpowiedzialnych osób funkcyjnych (rodzajów sił zbrojnych). W rozkazie tym określa się strefy odpowiedzialności, ich wojskową infrastrukturę medyczną oraz zakres odpowiedzialności osób fizycznych i organów kierowniczych (w strukturze pionowej i poziomej). Ponadto rozkaz uwzględnia również inne kwestie dotyczące w szczególności współdziałania między rodzajami sił zbrojnych oraz współdziałanie z instytucjami cywilnymi.

Postanowienia rozkazu dowódcy okręgu wojskowego (floty), regulujące podstawy organizacyjne budowy systemu, zostają rozwinięte w dokumentach służby zdrowia (w postaci odpowiednich dyrektyw, wytycznych i zaleceń), określających konkretny mechanizm ich realizacji (w zakresie organizacji pracy leczniczo-

diagnostycznej, nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, przedsięwzięć przeciwepidemicznych zaopatrzenia medycznego, ewidencji, sprawozdawczości itd.).

Powyższe zasady budowy systemu nabierają w pełni określonej treści przy wykonywaniu konkretnych zadań zabezpieczenia medycznego wojsk.

W pracy leczniczo-diagnostycznej najważniejszym funkcjonalnym elementem system jest bazowy szpital wojskowy (BSW), w którym muszą być stworzone wszelkie warunki do diagnostyki i leczenia w pełnym zakresie. Z reguły jest to największy zakład leczniczy na danym terytorium. W miarę możliwości BSW powinien być wieloprofilowy, na 400 lub więcej łóżek i posiadać podstawowe specjalistyczne oddziały leczniczo-diagnostyczne. W razie braku w strefie odpowiedzialności takiego dużego szpitala funkcje te spełnia inny ośrodek zdrowia (również cywilny). Przewiduje się, że na okres wojny liczba łóżek w tego typu szpitalu ulegnie podwojeniu, co czyni z niego najsilniejszy ośrodek medyczny w strefie odpowiedzialności. Pod tym kątem dowództwo BSW prowadzi szkolenie kadr medycznych na okres wojny.

W budowie efektywnej struktury leczniczo - diagnostycznej w strefie odpowiedzialności ważne znaczenie przywiązuje się do połączenia małych szpitali wojskowych i rozwinięcia na ich bazie bardziej prężnych, wyspecjalizowanych zakładów leczniczych. Łączenie szpitali odbywa się w oparciu o konkretne cechy wojskowej infrastruktury medycznej każdej strefy; w szczególności bierze się pod uwagę ich liczbę, rozmieszczenie i potrzeby lecznictwa specjalistycznego.

Ponadto w skład systemu wchodzi również oddział medyczny specjalnego przeznaczenia (OMSP), organizowany przy szpitalach okręgowych. W okresie wojny prowadzi on profilaktykę medyczną w rejonie działań jednostek pierwszorzutowych i

razem z nimi przemieszcza się, a w okresie pokoju uczestniczy w udzielaniu pomocy medycznej poszkodowanym w różnego rodzaju katastrofach i klęskach żywiołowych.

W skład OMSP wchodzi 32 lekarzy oraz 72 osoby młodszego personelu medycznego. Dysponuje on następującym sprzętem technicznym: 7 samochodów ciężarowych Kamaz do przewozu oprzyrządowania, 2 autobusy do przewozu stanu osobowego, 7 ambulansów i 2 śmigłowce do transportu poszkodowanych oraz wóz dowodzenia R - 145. Kontenerowa baza OMSP i jego mobilność zapewniają już w ciągu pierwszej godziny pracy udzielenie specjalistycznej pomocy lekarskiej dla 500 rannych. Bez uzupełnienia zapasów materiałowych może on autonomicznie pracować przez 3 doby.

Organizacyjnie w jego skład wchodzi dowództwo oraz oddziały: rozdzielczo - ewakuacyjny, pierwszej pomocy lekarskiej, diagnostyczny, operacyjny, anestezjologii i reanimacji, tymczasowej hospitalizacji i apteka. Działalność OMSP oraz innych sił i środków systemu natychmiastowej pomocy lekarskiej, jako mobilnych struktur medycznych wyróżniających się wysoką gotowością bojową, została sprawdzona podczas działań bojowych w Czeczenii (według specjalistów wojskowych - zdały one egzamin dobrze).

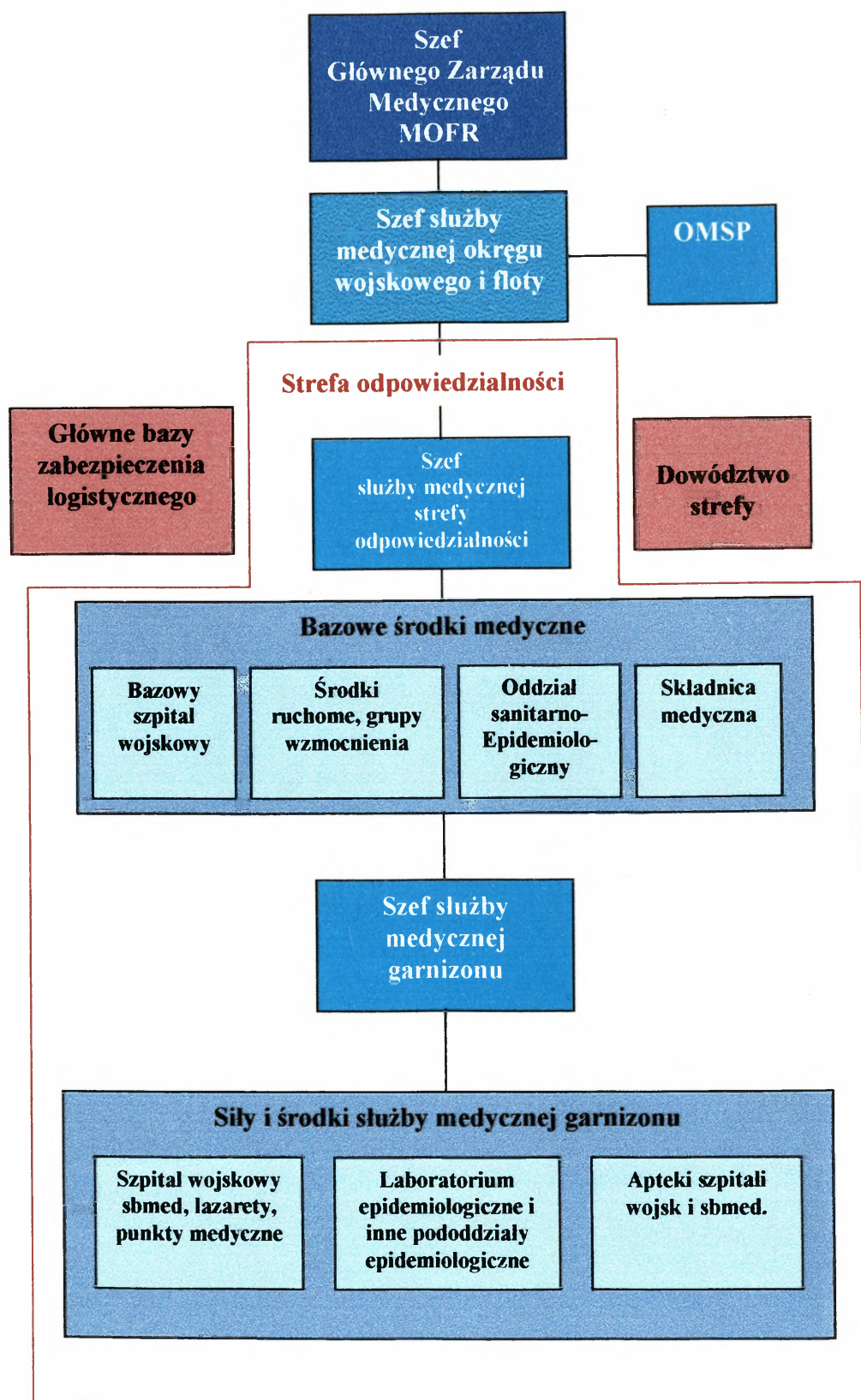
Analiza wyżej opisanego systemu pozwala znaleźć analogie między nim a systemem WRL stosowanym w Siłach Zbrojnych RP. Uwagę zwraca czynnik ekonomiczno - finansowy determinujący przyjęte rozwiązania jak również czynnik operacyjno - strategiczny. Na uwagę zasługuje absolutne „novum” w rosyjskim pojmowaniu działania sił zbrojnych - liczenie się z finansami i uzależnienie skuteczności działania od współpracy z pozamilitarnymi ogniwami terytorialnymi.

Godne również uwagi, a może wykorzystania jest sformowanie i sposób wykorzystania oddziału medycznego specjalnego przeznaczenia OMSP. Jeżeli można wierzyć w podawane dane taktyczne, jest to jednostka na wskroś nowoczesna i skuteczna. Moim zdaniem, takie efekty może dać jedynie unowocześnienie sprzętu, jego unifikacja, konteneryzacja i wysoki poziom wykszolenia personelu. Przeznaczenie OMSP do udzielania pomocy medycznej poszkodowanym w różnych klęskach i katastrofach w czasie pokoju przypomina analogiczną strukturę w Bundeswehrze - wg. organizacji 2000.

Organizacja omawianego systemu służby zdrowia FR została wymuszona w wyniku zmiany poglądów na charakter i sposoby prowadzenia wojny oraz w związku z ograniczeniami finansowymi, które powodują konieczność ponownego rozpatrzenia struktur organizacyjno - etatowych i zasad użycia sił i środków służby medycznej w warunkach pokojowych, w czasie wojny oraz w konfliktach lokalnych.

Doświadczenie nabyte w trakcie przeprowadzonych ćwiczeń oraz walk w Czeczenii potwierdziły potrzebę gruntownego technicznego przebrojenia wszystkich ogniw służby medycznej celem wyposażenia jej w nowoczesne środki ewakuacji rannych i chorych, w tym przede wszystkim w odpowiednią liczbę śmigłowców sanitarnych i samolotów, a także w ruchomy opancerzony sprzęt medyczny używany do ewakuacji.

Proponowana struktura organizacyjno-etatowa TSZM i polowych szpitali wojskowych w składzie wspólnej bazy szpitalnej pozwoli udzielić specjalistycznej pomocy medycznej w pełnym zakresie, pod warunkiem zaopatrzenia w niezbędne wyposażenie i aparaturę oraz wcześniejszego przygotowania odpowiednich specjalistów (rys. 9).



Rys. 9 Dowódzenie terytorialnym systemem zabezpieczenia medycznego SZ Federacji Rosyjskiej

2.6. System zabezpieczenia medycznego Bundeswehry⁴³.

Bundeswehra od 1992 roku przechodzi szeroko zakrojoną modernizację, mającą na celu jej dostosowanie do nowych potrzeb politycznych i obronnych. Działalnością tą objęto wszystkie dziedziny funkcjonowania sił zbrojnych w tym wojskową służbę zdrowia.

Służba zdrowia i jednostki medyczne wojsk lądowych zapewnić mają wszechstronną opiekę medyczną w okresie pokoju i wojny. Najistotniejszymi jej elementami są przewidziane do działań w składzie sił reagowania kryzysowego, w strukturze 3 brygad medycznych: 3 powietrzno - desantowe kompanie medyczne, 3 kompanie medyczne oraz jedna kompania szpitala polowego. Przewiduje się do tych działań ponadto wykorzystanie 2 kompanii 851 batalionu medycznego Luftwaffe.

Uwarunkowania, narzucające przyjęcie nowej struktury Bundeswehry, w tym służby medycznej są następujące:

- w wyniku ustaleń wojskowej rady obrony (30.11.1994) centralne instytucje medyczne Bundeswehry (szpitale) w okresie pokoju odpowiadają za kompleksową i wielodyscyplinową specjalistyczną opiekę szpitalną, przy czym wojska lądowe są wiodącymi w organizowaniu i mobilizacji systemu opieki szpitalnej;

- w miarę możliwości realizacja powyższego odbywać się będzie w garnizonowych centrach medycznych;

- wymaga się podniesienia żywotności związków biorących udział w misjach ONZ lub akcjach humanitarnych;

⁴³ R. Zoń, Z. Dębski: Lepsza opieka medyczna w garnizonie i podczas działań Bundeswehry - Skalpel 1996 nr 4

R. Neumann: Bundeswehra w okresie przełomu, Bellona 1995

- w siłach reagowania kryzysowego służyć będą wyłącznie ochotnicy;
- czas trwania szkolenia unitarnego (2 miesiące);
- czas trwania zasadniczej służby wojskowej (10 m-cy).

Ponadto niezmiennie obowiązuje zapewnienie możliwości rozwinięcia mobilizacyjnego z sił wojskowej Służby Zdrowia ok. 12 tys. żołnierzy okresu pokoju do ok. 70 tys. żołnierzy służby zdrowia okresu wojny.

Odpowiednio do wyników doświadczeń z garnizonowymi centrami medycznymi planuje się stworzenie, oprócz 12 centrów biorących udział w eksperymencie, 14 dodatkowych w wybranych garnizonach. Dla każdego z nich opracowuje się indywidualny skład i wyposażenie.

Ta nowa forma organizacyjna, kierowana jednoosobowo poprzez kierownika centrum, który obok prowadzenia szkolenia doskonalącego lekarzy ogólnych, dysponować powinien możliwością szkolenia specjalistycznego, pozwoliła na efektywniejsze prowadzenie przygotowania do działań i wsparcie szkolenia jednostek. Przez udoskonalone szkolenie i dodatkowe możliwości diagnostyczne centralnych instytucji medycznych dostosowano jakość ich opieki do standardów cywilnych. Małe garnizony - na ile to będzie możliwe, podporządkowane zostaną jako obiekty zamiejscowe (filie) garnizonowemu centrum medycznemu, tak aby stacjonujące tam jednostki mogły skorzystać z zalet nowego systemu.

Planowanie dalszych garnizonowych centrów medycznych będzie możliwe dopiero po ustaleniu dla wszystkich garnizonów liczby uprawnionych do opieki oraz ostatecznym ustaleniu etatu służby zdrowia. Wcześniej należy sprawdzić możliwość wykorzystania bądź stworzenia odpowiedniej infrastruktury. Doświadczenia nowoczesnej medycyny powypadkowej (ratowniczej), jak również doświadczenia

poligonowe wykazują, że konieczne jest wzmocnienie służby zdrowia jednostek dodatkowymi grupami sanitariuszy posiadającymi uprawnienia i przeszkolenie sanitariuszy ratunkowych. W jednostkach reagowania kryzysowego powinni oni służyć również w okresie pokoju tak, aby nie tylko utrzymywali odpowiednie umiejętności fachowe, lecz również ćwiczyli wspólnie z wojskami działanie na przyszłym polu walki.

Podczas działań konieczne jest ponadto wprowadzenie do batalionu co najmniej lekarza wojskowego o specjalności ratunkowej. W batalionach sił reagowania kryzysowego znajdować się będą dwie dwuosobowe sekcje na kompanię, a ich personel i sekcji punktu medycznego skupiony będzie w plutonie medycznym. W batalionach wsparcia i zabezpieczenia znajdować się będą dodatkowo po dwie sekcje medyczne.

Batalionowy punkt medyczny po wprowadzeniu dodatkowych kontenerów i namiotów z nowoczesnym sprzętem medycznym przekształcony zostanie w stację ratownictwa. Ranny, po zaopatrzeniu i ustabilizowaniu w bpm powinien być przetransportowany do obiektu medycznego z wszechstronną, wielodyscyplinową opieką medyczną. Zarówno do transportu ciężko rannych, jak i transportu po wykonaniu zabiegów najlepszym środkiem jest transport powietrzny. Dlatego też szczególnie podczas działań w okresie pokoju zapewnić należy odpowiednią liczbę przystosowanych śmigłowców.

Zgodnie z ustalonym podziałem zadań stacjonarne szpitale Bundeswehry w Koblencji i Ulm wystawiają dwa mobilne szpitale dla sił reagowania kryzysowego. Ich wyposażenie zapewnić ma opiekę medyczną odpowiadającą standardom RFN. Ponieważ nie w każdej sytuacji możliwe będzie przetransportowanie rannych do takiego szpitala, rodzaje sił zbrojnych utrzymywać mają główne punkty medyczne

(brygadowe) jako centra ratunkowe, które obok podstawowych możliwości dysponować muszą możliwościami przeprowadzenia pilnych, przeżyciowych zabiegów chirurgicznych włącznie z intensywną terapią i opieką pooperacyjną. Te główne punkty medyczne muszą być mobilne, aby zapewnić opiekę przedkliniczną w ruchliwej walce ZT. Ma to zapewnić pełna konteneryzacja wyposażenia.

Przyszłe dywizyjne pułki medyczne dysponować będą ośmioma głównymi punktami medycznymi w czterech kompaniach medycznych i jedną kompanią sanitarek. Stan osobowy tych pułków na czas pokoju zostanie zwiększony, przez co zostaną ułatwione przygotowania do działań oraz zabezpieczenie medyczne szkolenia wojsk, a ponadto łatwiej będzie zaspokoić potrzeby reagowania kryzysowego.

Na szczeblu centralnym mają również istnieć siły mogące wspierać I-szo rzutowe ZT. Ponieważ odległość bezpośredniego transportu rannych po udzieleniu pierwszej pomocy chirurgicznej (ramię dowozu) do stałych obiektów, w których może być prowadzona dalsza opieka, okazać się może zbyt duża, jako ogniwo pośrednie funkcjonować będą szpitale mobilne.

Ogółem w brygadzie medycznej podległej dowództwu wojsk lądowych, a posiadającej trzy mieszane pułki medyczne znajdować się będą następujące siły:

- 6 kompanii medycznych rozwijających po dwa główne punkty medyczne;
- 15 kompanii transportu rannych (sanitarek);
- 30 mobilnych lazaretów na ogółem 9000 łóżek;
- 21 kompanii transportu rannych (pociągi sanitarne);
- 1 kompanię transportu powietrznego (sanitariusze do opieki nad chorymi w czasie transportu powietrznego);
- 2 powietrzno - desantowe kompanie medyczne;

- 2 kompanie medyczne do transportu powietrznego.

Nową strukturą organizacyjną brygady medycznej będzie medyczne centrum ćwiczebne. Ta centralna instytucja powinna przyczynić się do ujednoczenia i zwiększenia poziomu wyszkolenia jednostek medycznych oraz służby zdrowia jednostek wojskowych. Współpracować ona będzie z centralnym ośrodkiem ćwiczebnym wojsk lądowych.

Dla potrzeb opieki nad rannymi w ramach obrony kraju istnieć będą w dalszym ciągu stacjonarne rezerwowe szpitale wojskowe. Rozwijające je pułki medyczne mogą być w okresie pokoju prawie całkowicie skadrowane. W zmienionych warunkach szczególnego znaczenia nabiera kooperacja szpitali rezerwowych ze szpitalami cywilnymi, pozwalająca na pełne wykorzystanie umiejętności nabytych przez pracujących tam lekarzy, a jednocześnie doskonalenie lekarzy wojskowych w zakresie pomocy doraźnej (powypadkowej).

Przewiduje się, że proponowane, opisane powyżej rozwiązanie systemowe zabezpieczenia medycznego Bundeswehry pozwoli na dalszy rozwój służb i jednostek medycznych i dostosowanie ich do nowych uwarunkowań. Zwiększenie obsady personalnej służb medycznych jednostek wchodzących w skład sił reagowania kryzysowego oraz powstanie garnizonowych centrów medycznych pozwala na nie tylko na lepsze przygotowanie do działalności, lecz poprawia również jakość bezpłatnej opieki lekarskiej kadry i rodzin wojskowych.

Opisany system uderza poważnym traktowaniem problemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych z jednoczesnym wykorzystaniem jego elementów dla potrzeb sił reagowania kryzysowego. Nowoczesność - konteneryzacja i liczebność - dywizyjne

pułki medyczne i brygady medyczne na szczeblu centralnym dają obraz rzeczywistej siły służby medycznej.

Co do systemu ewakuacji jest on podobny do przyjętego w Wojsku Polskim. Zastanawia podawana liczebność sił medycznych na czas wojny.

Pytanie rodzi liczba 70 000 żołnierzy służby zdrowia czasu „W”. Jak potężną armię i w jakim celu działającą w okresie powszechnego rozbrojenia i systemów wzajemnego bezpieczeństwa taka ilość sił medycznych ma zabezpieczać?

Analogicznym do polskiego jest przyjęcie rozwijania stacjonarnych szpitali wojskowych. Ważnym i wartym przestudiowania lub wdrożenia jest zorganizowanie **medycznego centrum ćwiczebnego**. Istnienie tego elementu w naszej strukturze, nawet w zmniejszonym wymiarze niewątpliwie podniosłoby poziom zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych.

*

*

*

Rola i zadania, a także efekty działania wojskowej służby zdrowia widziane w świetle doświadczeń minionych wojen oraz jakimi je widzimy w aspekcie przewidywanego charakteru przyszłej wojny, dyktują konieczność należytego jej przygotowania już w czasie pokoju. Na przygotowania te składa się: organizacja systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych (wojsk, jednostek wojskowych), wyposażenie szpitali w nowoczesne środki techniki medycznej i leki, doskonalenie taktyki medycznej (sanitarnej), zaopatrzenie w niezbędne przepisy, instrukcje i regulaminy oraz zorganizowanie i uruchomienie systematycznego szkolenia (w tym ćwiczeń).

Działalność wojskowej służby zdrowia miała zawsze znaczący wpływ nie tylko na poziom strat bezpowrotnych wśród żołnierzy, ale również na potencjał bojowy jednostek wojskowych i stan moralny żołnierzy. Dlatego też głównym celem jej doskonalenia powinno być dążenie do zapewnienia żołnierzom szybkiej i fachowej pomocy medycznej i sprawnej ewakuacji, wysokiego poziomu leczenia i rehabilitacji rannych i chorych, a także wszechstronne zaopatrzenie medyczne. W warunkach wojska wielkie znaczenie ma również zapewnienie higieny życia zbiorowego.

Doświadczenia historyczne wskazują również, że w praktycznym funkcjonowaniu wojskowej służby zdrowia, obok wymienionych czynników organizacyjno-materiałowych i szkoleniowych, wiodącą rolę odgrywali zawsze lekarze wojskowi - zwłaszcza będący na stanowiskach kierowniczych (dowódcy jednostek służby zdrowia, komendanci szpitali i ich zespołów itd.). Warunkiem ich efektywnego działania była gruntowna znajomość realiów pola walki i umiejętności organizacyjne. Lekarz wojskowy powinien być dosłownie przeziąknięty duchem żołnierskim. W czasie działań bojowych powinien on śledzić rozwój wydarzeń i dostosowywać do tego swoją działalność. Brak tych umiejętności może powodować działania szkodzące nie tylko rannym żołnierzom, ale również efektem działań bojowych prowadzonych przez wojska własne.

Historia wojskowej służby zdrowia to ustawiczne szukanie i zmienianie form organizacyjno-funkcjonalnych. Te zmiany są dowodem, że niełatwo jest w tej dziedzinie o rozwiązania optymalne. Nic też dziwnego, że w toku całej historii wojskowa służba zdrowia (a zwłaszcza żołnierze walczących stron) cierpiała na różnego rodzaju niedostatki i niedowład organizacyjno-funkcjonalne.

Wszystko to jest przekonującym dowodem konieczności uporczywego poszukiwania nowych, bardziej efektywnych rozwiązań i sposobów działania. Cel tych działań jest szlachetny - troska o los rannego żołnierza na polu walki. W dzisiejszych warunkach ma to daleko idące skutki polityczne, społeczne i ekonomiczne. Trzeba również brać pod uwagę fakt, że możliwości właściwego rozwiązania omawianego problemu są z jednej strony znacznie łatwiejsze, a z drugiej trudniejsze. Łatwość wynika z wysokiego poziomu nauki i techniki, a także możliwości wykorzystania systemów (technik) podnoszących sprawność działania wojskowej służby zdrowia: informatyki, łączności i nowoczesnego transportu - w tym powietrznego. Trudności natomiast wynikają z drastycznie ograniczanych możliwości finansowych sił zbrojnych. W tej sytuacji potrzebne jest więc systemowe wykorzystanie posiadanych sił i środków - wojskowych i cywilnych. Problem ten jest głównym celem niniejszej rozprawy doktorskiej.

Rozdział 3. POTRZEBY OPERACYJNE W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY⁴⁴.

Położenie geograficzne Polski jest czynnikiem obiektywnym. Przez wieki przetaczały się przez nasz kraj różne armie idące ze wschodu na zachód i odwrotnie. Ich niszcząca rola powinna być dla nas przekonywującym przesłaniem historycznym. Głównymi potencjalnymi przeciwnikami Polski mogą być zarówno państwa Wschodu, jak i Zachodu. Nie należy także całkowicie wykluczać agresji z innych kierunków (zał. 5).

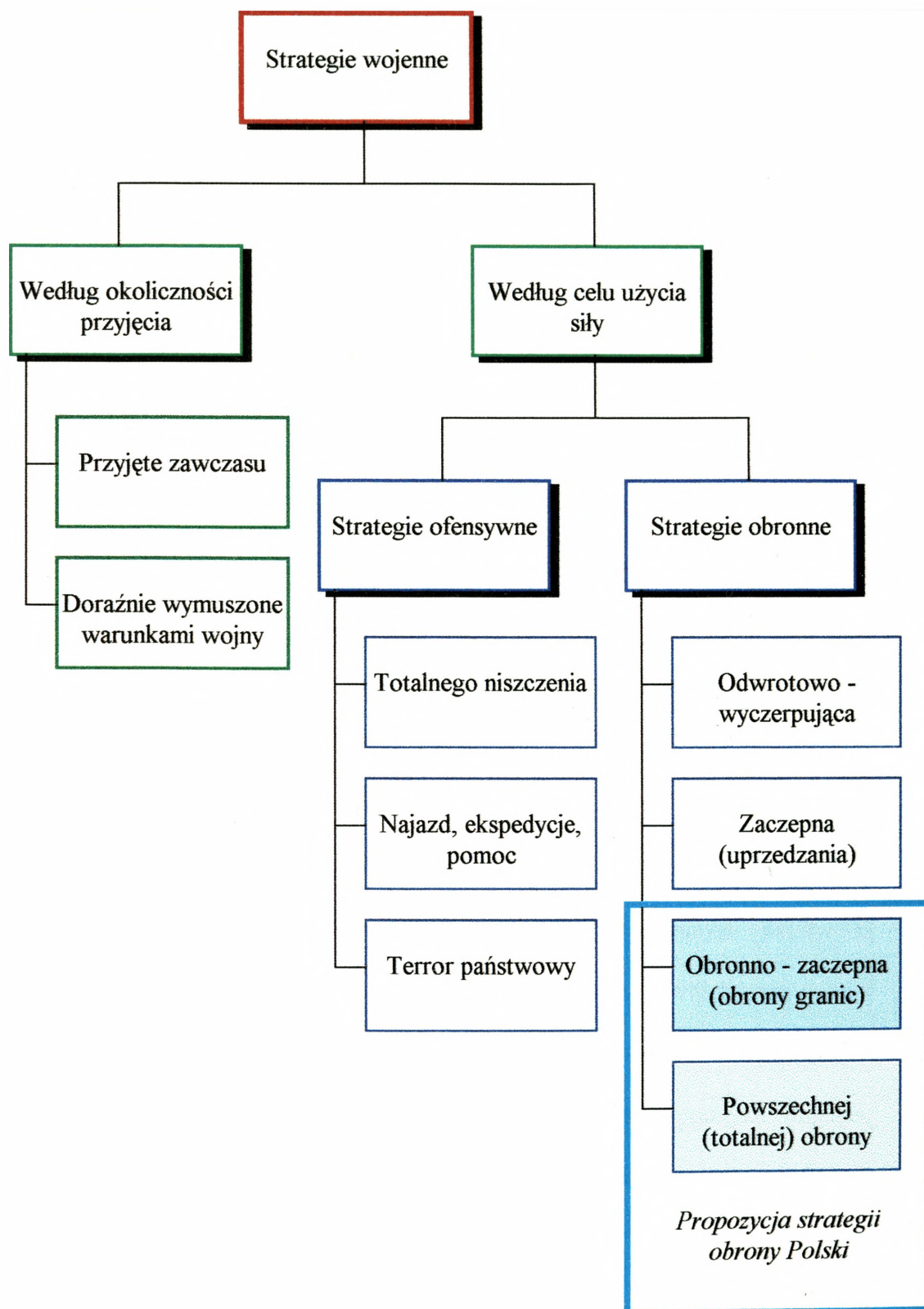
Zmieniająca się dynamicznie obecnie i prognozowana sytuacja polityczna wokół nas zmusza do przewidywania różnych wariantów ewentualnych konfliktów zbrojnych - od jednoczesnej agresji z obu głównych kierunków, poprzez agresje z jednego z nich, do konfliktów lokalnych. Zdecydowanie większy od naszego potencjał ekonomiczno-militarny głównych przeciwników stawia Polskę w niekorzystnej sytuacji. Dlatego nasza strategia obrony musi uwzględniać -jako ogólną zasadę polityczną- wszelkie działania państwa mające na celu uniknięcie wojny, zwłaszcza w wymiarze globalnym⁴⁵ oraz konieczność posiadania nowoczesnego systemu obronnego, opartego na udziale całego społeczeństwa (rys 10).

Podstawą do rozpatrywania przygotowania kraju do odparcia agresji jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Art. 26), która stanowi, że „Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej służą ochronie niepodległości państwa i niepodzielności jego

⁴⁴**Potrzeby operacyjne** - wszystko co jest niezbędne do sprawnego i skutecznego prowadzenia działań wojennych (bojowych, operacji, walki) oraz innych przedsięwzięć realizowanych w różnym czasie i różnej przestrzeni (obszarach, rejonach) połączonych wspólnym celem. Potrzeby te obejmują czynności planistyczno-organizacyjne, szkoleniowe i materiałowo-techniczne. (definicja autora)

B. Balcerowicz: Obronność państwa średniego, Bellona- Warszawa 1997

⁴⁵ B. Balcerowicz: Dylematy strategiczne Polski w okresie przejściowym, Myśl Wojskowa 3/97 str. 31



Rys. 10 Podział strategii wojennych

terytorium oraz zapewnieniu bezpieczeństwa i nienaruszalności jego granic". Bardziej szczegółowo problem ten określają „Założenia polskiej polityki bezpieczeństwa” i „Polityka Bezpieczeństwa i Strategii Obronnej Rzeczypospolitej Polskiej”.

Celem strategicznym Sił Zbrojnych RP jest zapewnienie suwerenności i integralności państwa. Jest to cel główny. Za cele pośrednie, służące do jego osiągnięcia uważa się⁴⁶:

- zniechęcenie potencjalnych agresorów do wywierania nacisku militarnego lub zbrojnej napaści;
- odparcie uderzeń przeciwnika i uniemożliwienie mu wtargnięcia w głąb kraju;
- zniszczenie lub wyparcie poza granice sił przeciwnika, które włamały się lub desantowały w głąb terytorium.

Do zapewnienia państwu bezpieczeństwa potrzebny jest system obronny zdolny do wspierania polityki zagranicznej oraz przeciwdziałania zagrożeniu militarnemu. Podstawowym założeniem koncepcji przygotowań obronnych RP, w obecnej sytuacji politycznej, powinna być samowystarczalność obronna (rys. 11). Ewentualne sojusze, system bezpieczeństwa zbiorowego, deklaracje i gwarancje innych państw są elementem ważnym i pożądanym, lecz nie mogą być, z racji swojej zmienności i płynności historycznej jedynym elementem (źródłem)⁴⁷ obrony państwa.

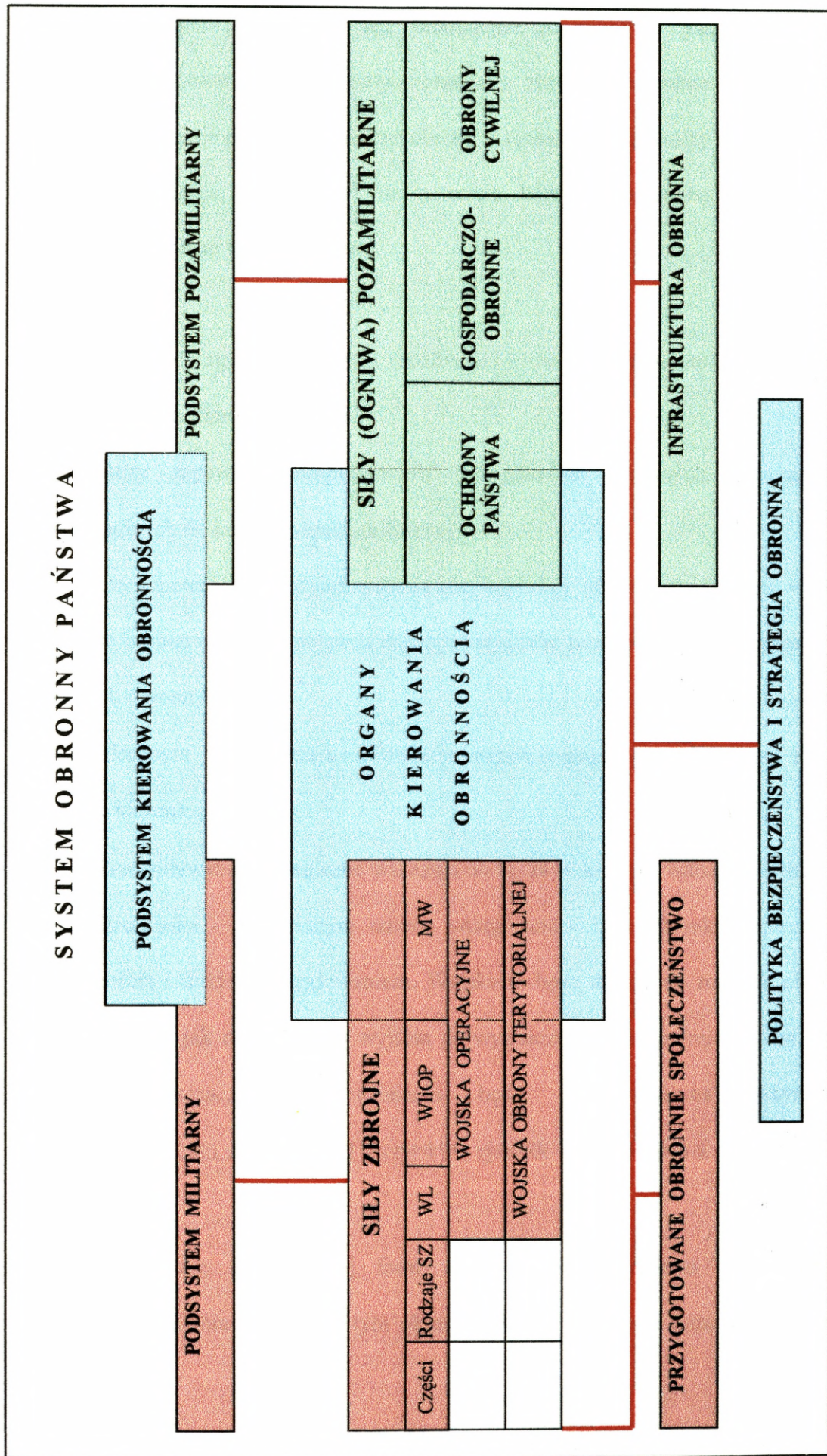
Analiza przygotowań obronnych wielu państw, teoria i praktyka wojenna, pozwalają na sformułowanie podstawowego wymagania dla strategii obrony Polski.

Oto ono:

⁴⁶ B. Balcerowicz: Koncepcja strategicznej obrony Polski, *Myśl Wojskowa* 3/92, str. 7

S. Koziej: Zmiany w strategii obronnej Polski w rezultacie rozszerzenia NATO, *Myśl Wojskowa* 3/97 str. 23

⁴⁷ W. Łepkowski: Reforma armii a perspektywa przynależności do paktu NATO, *Myśl Wojskowa* 1/94 str. 24-27



Rys. 11 Podstawa i struktura systemu obronnego RP wg. *Polityka bezpieczeństwa i strategia obronna RP z 2.11.1992r. wg. R. Jakubczak, J. Marczak „Obrona Powszechna RP” AON 3(20) 1995*

- siła obronna Polski musi być miarodajna, to znaczy: państwo posiada przygotowany obronnie naród i nowoczesne siły zbrojne. Zapewnia to skuteczne odstraszenie w czasie pokoju i skuteczną obronę w czasie agresji, tworzy wiarygodność obronną w Europie, co pozwoli na zawarcie korzystnych sojuszy obronnych, zwiększających nasze bezpieczeństwo.

Ponadto:

- musi istnieć zgodność celów i możliwości obrony z aktualnymi i przyszłymi możliwościami militarnymi Polski;

- należy zapewnić kompleksowość przygotowań obronnych, gwarantując dostosowanie ich do każdej sytuacji militarnej;

- należy zapewnić pełne wykorzystanie atutów obrony własnego terytorium, w tym możliwość obronnego przygotowania obszaru kraju oraz powszechny udział narodu w działaniach obronnych;

- koniecznym jest stworzenie warunków zapewniających szybki manewr sił na zagrożone kierunki.

Przewidywania strategiczne wskazują na to, że w każdym wariantcie działania wojsk przeciwnika - tak zwanym rzutem wtargnięcia - będą charakteryzować się gwałtownością i dużym zdecydowaniem. Wojska te będą dążyły do rozbicia obrony naszych wojsk i jak najszybszego wyjścia na wyznaczone rubieże (rejony, obszary). Należy przypuszczać, że ich działania będą nacelowane na maksymalne wykorzystanie efektu zaskoczenia i wszystkich zjawisk wynikających z początkowego okresu wojny.

Niezależnie od przyjętej formy (obrona stała, ruchowa lub działania opóźniające) działania obronne w tym okresie powinna cechować duża elastyczność,

aktywność i upór. Wszystko wskazuje na to, że zasadnicza rubież obronna powinna być odsunięta od granicy państwowej w głąb kraju. Pas terenu od granicy państwowej do tej rubieży powinien być pasem przesłaniania⁴⁸. Dzięki niemu osłabi się rzut wtargnięcia przeciwnika, ustali kierunki jego głównych uderzeń, rozpozna siły, uzyska czas na zorganizowanie skutecznego oporu na zasadniczej rubieży obrony i dokonanie odpowiedniego manewru odwodami.

Pas przesłaniania powinien zmusić agresora do wejścia na obszar atakowanego państwa w ugrupowaniu rozwiniętym oraz do kolejnego rozwijania się i organizowania natarcia na kolejnych rubieżach oporu. W tym celu Polska powinna posiadać tu głębokie ugrupowanie bojowe, a także odwody ogólne i przeciwpancerne. Ewentualne ustępowanie terenu powinno odbywać się w ciągłej i zorganizowanej walce.

Głębokość pasa przesłaniania ma zasadnicze znaczenie dla planowania strategicznego i operacyjnego, w tym rozmieszczania i urzutowania jednostek i urządzeń logistyki oraz elementów zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych⁴⁹. Jego (zabezpieczenia medycznego) zbadania podejmę się w dalszej części rozprawy.

Z celów, wymogów i założeń strategii oraz warunków obrony Polski wynikają zadania obronne na czas pokoju i wojny.

W czasie pokoju polegają one na przygotowaniu systemu obronnego

⁴⁸ R. Zoń i wsp.: Organizacja zabezpieczenia medycznego wojsk Korpusu Zmechanizowanego w przeciwwuderzeniu. Zeszyty naukowe AON 4/95 str. 141

Pas przesłaniania: System pozycji i urządzeń inżynierskich typu polowego, rozbudowanych przed pierwszym pasem obrony w czasie przechodzenia wojsk do obrony bez styczności z nieprzyjacielem. W pasie tym działają oddziały wydzielone czołowych związków taktycznych, których zadaniem jest rozpoznanie sił i zamiarów nieprzyjaciela, opóźnianie jego podejścia do przedniego skraju obrony, zmuszenie do przedwczesnego rozwinięcia sił i wprowadzenie w błąd co do systemu własnej obrony. Słownik podstawowych terminów wojskowych, MON, Warszawa, 1997

⁴⁹ **Rzut strategiczny:** Część sił zbrojnych państwa rozwijana w czasie pokoju lub w okresie wojny na określonym teatrze działań wojennych bądź teatrze wojny w celu wykonania zadań o charakterze strategicznym. Źródło j. w.

zapewniającego skuteczne odstraszenie, a w razie potrzeby szybką reakcją stosownych sił. Obejmują :

- opracowanie oraz systematyczne aktualizowanie założeń polityki obronnej i strategii wojennej;

- utrzymywanie w stałej gotowości bojowej i mobilizacyjnej wojsk operacyjnych zdolnych do przeciwstawienia się - wspólnie z siłami obrony terytorialnej - uderzeniom potencjalnych przeciwników;

- zorganizowanie masowej formacji zbrojnej o charakterze terytorialnym - obrony terytorialnej (OT);

- przygotowanie obronne narodu (w tym utrzymywanie i wzmacnianie woli obrony);

- przygotowanie obronne gospodarki narodowej.

W czasie wojny wykonanie zadań obronnych ma na celu odparcie agresji w ramach zawczasu przygotowanej strategicznej operacji obronnej. Obejmują one:

- obronę wojsk i strategicznie ważnych obiektów przed uderzeniami lotniczo-rakietowymi;

- załamanie lub odparcie uderzeń zgrupowań wojsk lądowych przeciwnika usiłujących wtargnąć w głąb Polski;

- lokalizację, a następnie rozbięcie desantów przeciwnika;

- równoczesne prowadzenie działań obronno-zaczepeknych i działań nieregularnych na zajętych przez przeciwnika terytorium;

- uchwycenie pozycji stwarzających dogodne warunki do prowadzenia rozmów pokojowych.

W warunkach polityczno-militarnych Polski przyjmujemy strategię obronno - zaczepną z elementami powszechnej obrony narodowej. Powinna ona opierać się na wykorzystaniu, oprócz sił zbrojnych - dwóch największych atutów obronnych, to znaczy powszechnej woli obrony narodu oraz obronnego przygotowania terytorium. Taką obronę Polski nazywa się **Strategią przygotowanej, powszechnej obrony narodowej**⁵⁰. **Przygotowanej** - gdyż polega na wcześniejszym wykonaniu kompleksu przedsięwzięć obronnych, **powszechnej** - gdyż opiera się na wykorzystaniu wszystkich posiadanych zasobów ludzkich i materiałowych. **Istotą takiej obrony jest wsparcie działań wojsk operacyjnych i sił obrony terytorialnej potencjałem ekonomicznym, ludzkim i moralnym całego narodu** (rys. 12).

Należy zakładać, że przeciwnik dysponując związkami powietrznoszturmowymi rozpocznie działania wojenne wykorzystując element zaskoczenia. Przeciwdziałanie temu będzie wymagało utrzymywania w stałej gotowości bojowej określonych sił obrony pierwszej kolejności użycia i prowadzenie ciągłego, intensywnego rozpoznania strategicznego. Równie istotnym jest przygotowanie terytorium kraju, jako przyszłego teatru działań wojennych (TDW)⁵¹. W zależności od poglądów teoretyków na to zagadnienie, używa się terminu „operacyjne przygotowanie terenu”⁵² lub „operacyjne przygotowanie obszaru kraju” (OPOK)⁵³. Generalnie, niezależnie od definicji, chodzi o takie przygotowanie w czasie pokoju szeroko pojętej infrastruktury obronnej, aby osiągnąć maksimum zakładanych celów w czasie przyszłej wojny.

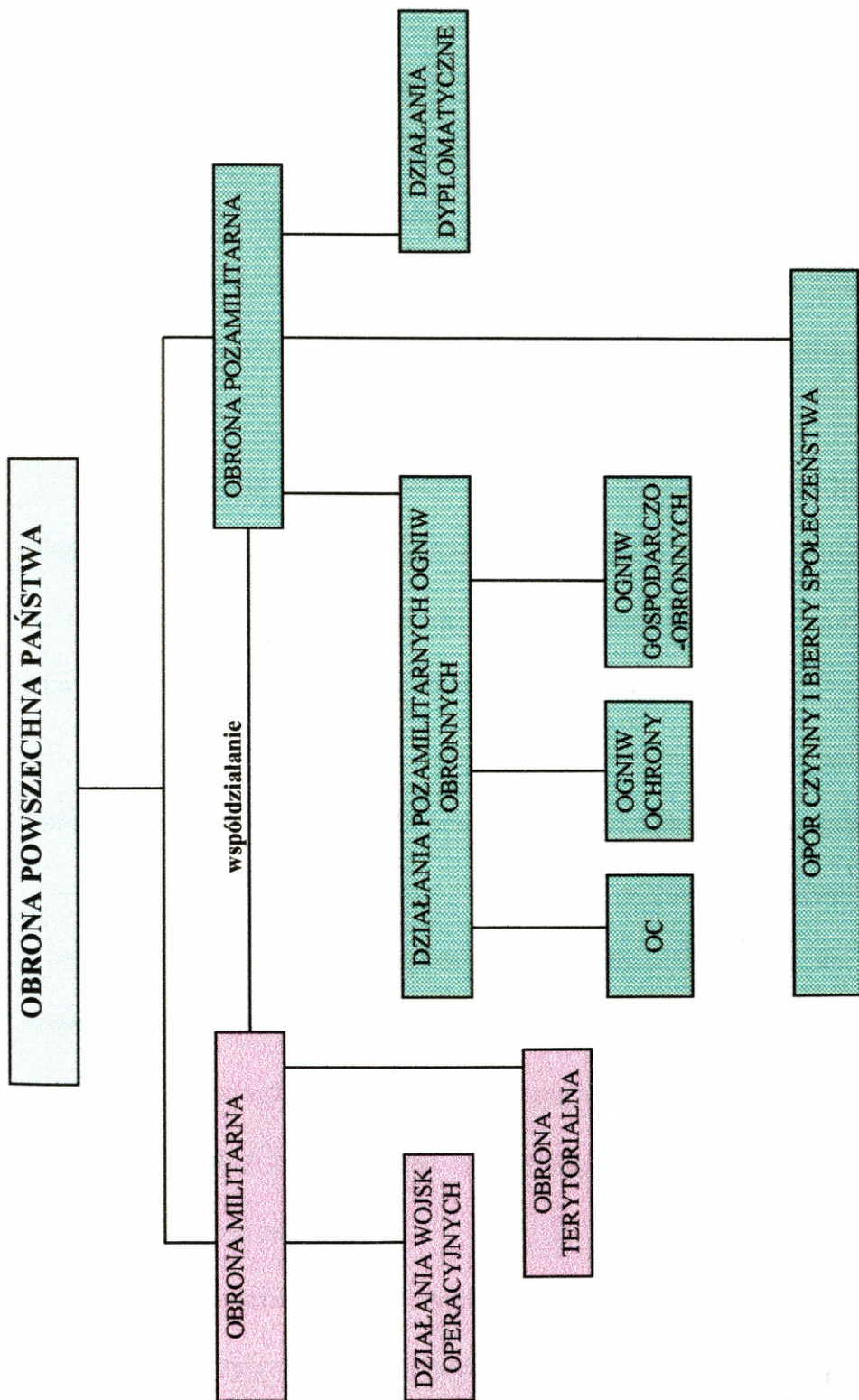
Uważa się, że pierwsze **rubieże strategiczne** - zachodnia i wschodnia - oparte powinny być o rzeki graniczne i inne przeszkody naturalne oraz miejscowości w strefie

⁵⁰ B. Balcerowicz: op. cit. str. 9

⁵¹ W. Mróz: Przygotowanie kraju do obrony - Zeszyty naukowe AON, Warszawa 1993/2 str. 8

⁵² K. Gąsiorek: Tworzenie RSZW, Wiedza obronna, Warszawa 1996 str.58

⁵³ R. Jakubczak, J. Marczak: Studia i materiały BP I MON nr 32 str. 18



Rys. 12 System obrony powszechnej państwa wg. R. Jakubczak, J. Marczak „Obrona Powszechna RP” AON 3 (20) 1995

przygranicznej, a także o przygotowany zawczasu system masowych zapór i niszczeń (zał. 6).

Drugie **rubieże strategiczne** obrony oparte powinny być:

1/ **zachodnia** - na Nysie Kłodzkiej, środkowym odcinku Odry, terenach lesisto-jeziornych wzdłuż linii: Sulechów, Zbąszyń, Międzyrzecz, Gorzów Wielkopolski, Wałcz, Szczecinek, Miastko, Słupsk. Teren lesisto-jeziorny od Gorzowa poprzez pojezierze Myśliborskie i Drawskie do Kołobrzegu może stanowić skuteczną, pośrednią rubież obrony.

2/ **wschodnia** - na środkowej i dolnej Wiśle, a od południa na Dunajcu. Znaczne oddalenie tej rubieży (na odcinku Warszawa - Gdańsk) od pierwszej rubieży wskazuje na celowość wyznaczania pośredniej rubieży obrony wzdłuż Bugo-Narwi, dolnego odcinka Narwi, Ostrołęki, Pisu i Wielkich Jezior Mazurskich.

Obszary zawarte między pierwszymi strategicznymi rubieżami obrony obu kierunków a rubieżami pośrednimi przewiduje się jako pasy przesłaniania.

Między rubieżami obrony, w oparciu o równoleżnikowe odcinki rzek przewidywać należy **rubieże ryglowe**. Od zachodu powinny być to: dolny odcinek Warty, Odra na odcinku Sulechów - ujście Nysy Łużyckiej, Bory Dolnośląskie i pasmo Sudetów. Od wschodu: dolny odcinek Bugu, dolny odcinek Wieprza i Pojezierze Włodawskie, dolny odcinek Sanu z przyległymi obszarami leśnymi oraz pasmo Bieszczad i Beskidu Niskiego.⁵⁴

Należy nadmienić, że wszystkie wymienione rubieże w historii wojen na ziemiach Polski były wielokrotnie wykorzystywane. W czasach najnowszych dotyczy to operacji wojny 1920 roku, kampanii wrześniowej i operacji berlińskiej 1945r. Zatem

⁵⁴B. Balcerowicz: op. cit. str. 11

ich dokładna analiza, z uwzględnieniem doświadczeń historycznych powinna dać odpowiedź na pytanie: Jak najlepiej z punktu widzenia obrony państwa wykorzystać przyjęte strategiczne rubieże obronne ?

Strategiczne rejony obrony powinny stanowić przygotowane obszary na podejściach do następujących miejscowości;

- **na kierunku zachodnim:** Szczecin, Stargard Szczeciński, Kostrzyń, Gorzów Wielkopolski, Świebodzin, Żary, Żagań, Zgorzelec, Legnica, Wrocław;

- **na kierunku wschodnim:** Augustów, Białystok, Olsztyn, Ostrołęka, Warszawa, Siedlce, Lublin, Chełm, Zamość, Przemyśl, Rzeszów.

Wymienione rejony należy przygotowywać do obrony i bronić miejscowymi siłami obrony terytorialnej, wspieranymi przez wojska operacyjne bądź, w zależności od sytuacji operacyjnej - odwrotnie: - wojska operacyjne będą wspierane wojskami OT.

W planach obrony należy przewidywać rejony obrony i obiekty o znaczeniu operacyjnym.

Centralny obszar strategiczny to obszar Polski znajdujący się między tylnymi granicami drugich rubieży obrony (nazywany także „rdzeniem państwa”)⁵⁵. Będą tu rozlokowane odwody Naczelnego Dowódcy, główna część sił lotniczych, miejscowe siły obrony terytorialnej (OT) a w przyszłości składy materiałowe centralnego przyporządkowania. Zostanie na nim przygotowane zaplecze logistyczne dla wojsk walczących w strefach strategicznych i linie komunikacyjne dla manewru wojsk operacyjnych.

⁵⁵ A. Pomirski: Przygotowanie i wykorzystanie infrastruktury państwa w działaniach obronnych, Myśl Wojskowa, 4/1997 str. 52-67

Nadmorską rubieżą obrony powinny być rejony portów i miast w pasie nadmorskim, przygotowane do obrony przeciwdesantowej przez siły OT i marynarki wojennej. Południową rubieżą obrony powinny być natomiast rejony bronione przez siły OT i oddziały piechoty górskiej blokujące przejścia przez Karpaty i Sudety.

W składzie ugrupowania obronnego sił zbrojnych powinno uwzględnić się następujące elementy:

- **Rzut strategiczny** złożony z korpusów wojsk lądowych (K) broniących bezpośrednio kierunków strategicznych wraz z siłami OT znajdującymi się w strefie obrony. Rzut ten tworzyłoby ugrupowanie obronne obsadzające całą pierwszą rubież (lub jej części), rubieże ryglowe i rejony obrony.

- **Strategiczny odwód Naczelnego Dowódcy**, który stanowiłyby wojska lądowe i lotnicze rozlokowane w Centralnym Obszarze Strategicznym, pozostające w gotowości do manewru na wyznaczone kierunki.

- **Ugrupowanie sił Obrony Powietrznej.**

- **Ugrupowanie sił Marynarki Wojennej.**

Koncepcja strategicznej operacji obronnej powinna zakładać równoczesne prowadzenie obrony przed wtargnięciem powietrzno-desantowych sił przeciwnika w zawczasu przygotowaną, strategiczną strefę obrony, obronę przeciwdesantową i przeciwlotniczą na całym terytorium kraju oraz wykonanie przez wojska operacyjne i odwód Naczelnego Dowódcy manewru na kierunek jego uderzenia.

Analiza prawdopodobnego charakteru początkowego okresu przyszłej wojny dowodzi, że będzie miał on istotny wpływ na dalszy przebieg działań wojennych. Opinia, że **bardziej kosztownym jest odzyskanie czegoś, co się straciło, niż nawet trudne utrzymanie istniejącego „status quo”** ma w sztuce wojennej historyczne

uzasadnienie. Wynika z tego, że obrona już od pierwszego starcia musi być ciągła, nieustępliwa i skuteczna. Dlatego też sprawa stworzenia warunków niezbędnych do skutecznego przeciwstawiania się pierwszemu uderzeniu przeciwnika nabiera zasadniczej wagi, a przykład „polskich Termopili” - Wizna 1939 jest jak najgorszym przykładem rozwiązania tego zagadnienia.

Z przedstawionych założeń nowej polityki bezpieczeństwa wynika potrzeba tworzenia infrastruktury obronnej na terytorium całego kraju, z zachowaniem zdolności do elastycznego reagowania na pojawiające się zagrożenia w aspekcie kierunku i czasu.

Potrzeby operacyjne sił zbrojnych w zakresie zabezpieczenia medycznego walczących wojsk dotyczą:

- *obszaru i okresów działania systemu medycznego zabezpieczenia wojsk zwanego dalej systemem medycznym;*
- *terminów i sposobów narastania potencjału (możliwości) leczniczego systemu;*
- *poziomu (zakresu) leczenia rannych żołnierzy;*
- *elastyczności i niezawodności funkcjonowania systemu.*

Z doktryny obronnej państwa i założeń strategicznych (planowania strategicznego) wynika jednoznacznie, że nowy **system medyczny powinien obejmować swym zasięgiem obszar całej Polski.** Jego potencjał leczniczy (nasylenie elementami medycznymi) powinien być rozłożony według zasady zapewniającej jego narastanie w miarę przesuwania się od granic do centrum państwa (zał. 13). Oznacza to w praktyce, że powinien być on najslabszy (realnie) w województwach granicznych, a najsilniejszy w województwach centralnych (w COS). Powinno mieć to stosowne odbicie w długofalowych programach rozbudowy infrastruktury służby zdrowia kraju,

pokojujowej dyslokacji wojsk, planowaniu operacyjnym i mobilizacyjnym oraz gromadzeniu wyszkolonych rezerw na potrzeby mobilizacyjne i wojenne SZ RP.

Z uwagi na koszty towarzyszące tym działaniom, powinny być one prowadzone na podstawie wieloletniego planu rządowego, mającego realne podstawy finansowe. Wszelkie działania improwizowane odsuwają w czasie (na bliżej nieokreślony termin) zbudowanie docelowego systemu, a także zwiększają jego koszty. W warunkach Polski podstawowym wymogiem jest natomiast racjonalne wykorzystanie posiadanych sił i środków.

Generalną zasadą dyslokacji placówek medycznych powinno być, według mnie, rozmieszczenie ich w obrębie miast posiadających co najmniej jeden szpital ogólny Zespołu Opieki Zdrowotnej. Miasta te powinny być położone przy ciągach komunikacyjnych, w miarę możliwości jednocześnie drogowych i kolejowych. Należałoby dodatkowo postawić wymaganie, bardzo trudne do zrealizowania w czasie realnej wojny, aby nie stanowiły one zainteresowania bojowego przeciwnika⁵⁶.

Pierwsze elementy systemu (szpitale) powinny być zdolne do działania już w początkowym okresie wojny (koniec drugiej doby), przed zakończeniem mobilizacyjnego i operacyjnego rozwinięcia zasadniczej części wojsk operacyjnych (zestaw I). Następnie w cyklu dobowym potencjał leczniczy sił zbrojnych powinien narastać o 15 - 20% i osiągnąć pełną gotowość w 5-6 dniu mobilizacji. Proces ten powinien być regulowany, mieć walor elastyczności i sterowalności, stosownie do zakresu działań wojennych, zaangażowania wojsk, ich obszaru i prognozowanych strat sanitarnych. Decyzje w tej sprawie powinien podejmować ND SZ RP na wniosek Szefa

⁵⁶ Wynika to np. z ogromu trudności, jakie występują przy organizacji obrony miast. Zob. M. Dójczyński i wsp.: Organizacja zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk w rejonach zurbanizowanych. *Lekarz Wojskowy* 1/1996 str. 80-86

Zarządu Służby Zdrowia Sztabu Generalnego WP. Ważną rolę w tym zakresie powinny odgrywać dowództwa sił zbrojnych (Wojsk Lądowych, WLOP, MW). Sprawne funkcjonowanie tego systemu można osiągnąć tylko przez dokładne planowanie mobilizacyjne i operacyjne, a także właściwie zorganizowany wojenny system dowodzenia (WSyD). Ważną rolę w tej dziedzinie odgrywa szkolenie, a zwłaszcza ćwiczenia i treningi sztabowe z udziałem wszystkich elementów sił zbrojnych czasu wojny.

Uruchamianie systemu przewiduję więc jako działanie etapowe. Pierwsze powinny rozwinąć się elementy zabezpieczenia medycznego wojsk operacyjnych (etatowe) na przewidywanych bądź rzeczywistych kierunkach działania przeciwnika. Jednocześnie na tych kierunkach i w ustalonych odległościach powinny rozwijać się wyznaczone (I zestaw) elementy terytorialnego systemu medycznego. Czas osiągnięcia przez nie gotowości do działania (przyjęcia rannych) nie powinien być dłuższy od analogicznego czasu rozwinięcia batalionów OT i zestawu jednostek (2 doby). Powinno to być uwzględnione w planie mobilizacyjnym i operacyjnym sił zbrojnych.

Procent szpitali cywilnych zaangażowanych w działania systemu w pierwszym okresie wojny musi być możliwie dokładnie obliczony. W okresie tym główny ciężar zabezpieczenia medycznego ponosić będą organiczne (etatowe) pododdziały medyczne wojsk operacyjnych. Szpitale wojskowe czasu pokoju, dyslokowane równomiernie na terenie całego kraju, po przejściu w przewidzianym czasie na etaty wojenne będą stanowić ich zaplecze i wzmocnienie.

Udział szpitali cywilnych, Wojskowych Szpitali Rezerwowych, Szpitali Ewakuacyjnych w zabezpieczeniu medycznym walczących wojsk, w miarę rozwoju sytuacji operacyjnej (ewentualnego zbliżania się do Centralnego Obszaru

Strategicznego), będzie systematycznie wzrastał (zał. 13). Osiągnięcie przez te elementy systemu medycznego zdolności do przyjęcia rannych trwać będzie odpowiednio dłużej, jednak nie powinno to naruszyć ciągłości jego funkcjonowania. Tego rodzaju sytuacja zmusi do przekazania przez bataliony medyczne i stacjonarne szpitale wojskowe nadwyżek chorych i rannych do placówek systemu terytorialnego. Kalkulacje czasowo - przestrzenne i ilościowe tych procesów są możliwe tylko w wymiarze szacunkowym ze względu na wielką ilość zmiennych bądź niewiadomych czynników. Na podstawie analizy faktów historycznych i badań symulacyjnych przyjmuję, że całość systemu służby zdrowia sił zbrojnych powinna osiągnąć gotowość bojową nie później niż po 140-150 godzinach od ogłoszenia mobilizacji prowadzonej metodą stopniowego rozwijania sił zbrojnych i po 72-96 godzinach w wypadku mobilizacji powszechnej.

Proponowany w niniejszej rozprawie system powinien w maksymalnym stopniu wykorzystać w czasie „W” istniejący potencjał medyczny czasu „P”. Ponadto proces przejścia z jednego stanu (pokoju) do drugiego (wojny) musi charakteryzować się odpornością na ewentualne zakłócenia, elastycznością i pewnością prawidłowego zadziałania w zaplanowanych ramach organizacyjnych i czasowych.

Głównym czynnikiem, określającym potrzeby operacyjne w dziedzinie potencjału leczniczego i poziomu fachowego leczenia jest wielkość zakładanych strat sanitarnych⁵⁷. Mając na uwadze prognozowany przebieg konfliktu zbrojnego należy brać pod uwagę straty wojsk ponoszone w poszczególnych okresach działań bojowych i obszarach operacyjnych (obszar bezpośrednich działań bojowych, obszar tyłowy,

⁵⁷ **Straty sanitarne** - Straty obejmujące rannych, chorych i porażonych, których uszkodzenia ciała lub choroba powstały na skutek udziału w działaniach bojowych powodując niezdolność do walki na okres nie mniejszy niż jedna doba. Wysokość strat sanitarnych zależy od rodzaju operacji, ilości i jakości stosowanych przez nieprzyjaciela środków rażenia, warunków terenowych, wyszkolenia żołnierzy i ich umiejętności działania na polu walki. Słownik podstawowych terminów wojskowych MON, Warszawa 1997

obszar kraju). Straty wystąpią na całej głębokości ugrupowania operacyjnego i strategicznego. Podstawowymi przyczynami ich powstania będzie:

- bezpośrednie oddziaływanie bojowych środków rażenia przeciwnika (w tym lotnictwo i artyleria);
- skażenie środkami chemicznymi uwolnionymi w wyniku zniszczenia określonych obiektów przemysłowych;
- powstanie rozległych rejonów pożarów (lasy, miejscowości, zakłady pracy, składy itp.) ;
- powstanie stref zatopień (zniszczenie tam i wałów ochronnych).

Straty wśród ludności cywilnej zwiększy migracja z obszarów działań bojowych. Utrudniona będzie ewakuacja medyczna ze względu na ruch dofrontowy wojsk, ruch odfrontowy migrującej ludności (w znacznej części niekontrolowany), zniszczenie dróg i szlaków kolejowych, znaczne zmniejszenie ilości środków komunikacji publicznej i reglamentacja paliw. Doraźne utrudnienia spowodują rejonny pożarów, zerwane przeprawy przez przeszkody wodne oraz wspomniane strefy zatopień (bardzo groźne a jednocześnie realne w niektórych rejonach Polski).

Ze względu na pozostawanie przez dłuższy czas wojsk i ludności w rejonie obrony (działań bojowych), a także z powodu zniszczeń infrastruktury komunalnej i wodociągowej pogorszy się stan sanitarnohigieniczny. Potencjalna możliwość zakażenia zbiorników i ujęć wodnych stworzy zagrożenie epidemiczne. Problem ten musi być uwzględniony w planowaniu i organizacji zabezpieczenia medycznego walczących wojsk.

Na wielkość potencjału medycznego, koniecznego do zabezpieczenia sił zbrojnych (wojsk), w każdych warunkach ich działania (obrona, działania zaczepne), zasadniczy wpływ mają:

- wielkość, dynamika, rozmieszczenie (położenie) i struktura strat sanitarnych;
- sytuacja operacyjna (taktyczna) wojsk;
- możliwości sił zbrojnych w zakresie organizacji i wyposażenia infrastruktury leczniczej;
- przyjęta koncepcja i założenie systemu zabezpieczenia medycznego.

Przewiduje się⁵⁸, że w okresie mobilizacji i operacyjnego rozwinięcia sił zbrojnych, prowadzonych przed rozpoczęciem działań bojowych, straty sanitarne mogą wynieść 0,2 - 0,3% na dobę (różnego rodzaju wypadki, choroby). W okresie walki obronnej, przy użyciu broni konwencjonalnej straty w skali sił zbrojnych wyniosą 1-2% na dobę (rannych i chorych). W 14-dniowych walkach, prowadzonych przez całe siły zbrojne ogólne straty przewiduje się na 14-22%. Dodać do tego należy, trudne do oszacowania straty wśród ludności cywilnej, nie biorącej bezpośrednio udziału w walce.

W strukturze strat sanitarnych dominować będą urazy kombinowane z przewagą oparzeń oraz ciężkich zranień wielomiejscowych i wielonarządowych, powikłanych wstrząsem. Duży będzie procent stanów ciężkich i bardzo ciężkich, dochodzący przy użyciu broni precyzyjnych do 70 % ogólnych strat - decydujące o życiu rannego będzie miało zapewnienie niezwłocznej pomocy medycznej w rejonie zranienia, a zatem leczenie wykonywane ze wskazań życiowych (zał. 7,8,9,10,11,12).

Na planowanie i prowadzenie działań bojowych duży wpływ mają straty ogólne w wojskach walczących, na które składają się:⁵⁹

⁵⁸ M. Dójczyński: Lekarz Wojskowy 1/96 str. 72

⁵⁹ M. Dójczyński i wsp.: Straty sanitarne na współczesnym polu walki, Lekarz Wojskowy 1/96

- straty sanitarne (ranny żołnierz jest niezdolny do walki na okres ponad jednej doby);
- straty bezpowrotne (żołnierze zabici, bądź trwale pozbawieni możliwości powrotu do walczących wojsk w wyniku utraty zdrowia i orzeczenia komisji lekarskiej);
- zaginieni (żołnierze, o których losach nie wie macierzysta jednostka. Mogą to być ci, którzy dostali się do niewoli, zdezerterowali, zostali zasypani lub spaleni bez śladu).

Przykładowo, wg. poglądów autorów zachodnich w poszczególnych rodzajach wojsk straty osobowe przedstawiają się następująco: w wojskach pancernych i zmechanizowanych ranni - 70%; zabici 20%; zaginieni 10%; w artylerii ranni 30%; zabici 70%. Według autorów rosyjskich, w warunkach użycia broni konwencjonalnej zależą one od jej rodzaju i wynoszą:

Rodzaj strat Rodzaj broni	Bezpowrotne	Sanitarne	Razem
Precyzyjna	70	30	100
Próżniowa	30	70	100
Zapalająca	15	85	100
Inna	25	75	100

Tabela 1. Straty w zależności od stosowanego rodzaju broni

Ze względu na ciężkość obrażeń przyjęto następujący podział rannych i chorych:

- **lekko ranni** - ci, którzy w czasie ewakuacji z miejsca zranienia, poprzez kolejne etapy ewakuacji medycznej, do miejsca leczenia docelowego wymagają pomocy medycznej, a po wyleczeniu powracają jako w pełni zdolni do działań bojowych;

- **średnio ranni** - są to ci ranni, którzy przez cały czas trwania ewakuacji medycznej wymagają pomocy medycznej, a końcowym efektem leczenia jest na ogół inwalidztwo wykluczające powrót do linii;

- **ciężko ranni** - grupa rannych, którzy w czasie ewakuacji do miejsca końcowego leczenia wymagają intensywnego nadzoru medycznego a rokowanie⁶⁰ końcowe nie zawsze jest pomyślne. Efektem doznanego urazu jest tu często poważne inwalidztwo;

- **bardzo ciężko rannych** - rokowanie bardzo poważne, często kończy się śmiercią.

Analiza odniesionych na polu walki obrażeń wykazuje, że część chorych i rannych pozostanie na leczeniu w szpitalach ZT, część umrze w punktach medycznych, a pozostali poprzez stosowne etapy ewakuacji dotrą do specjalistycznych zakładów leczniczych (np. SzW, WSzR itp.) Generalnie należy przyjąć, że (rys. 13):

- **pierwszą pomoc** medyczną ranni powinni otrzymać z rąk sanitariusza kompanii;

- **pierwsza pomoc lekarska** powinna mieć miejsce w batalionowym punkcie opatrunkowym (bpo) i obejmować wskazania życiowe;

- **kwalifikowanej pomocy** udzielać powinny pododdziały medyczne brygad (BPO), dywizji (DPO) a jednostki służby zdrowia szczebla operacyjnego (OW/K) działać będą jako **wzmocnienie szczebla taktycznego**;

- **specjalistyczną pomoc medyczną i rehabilitacyjną** organizować będzie się w stworzonym systemie terytorialnym - na bazie i w oparciu o siły i środki stacjonarnej służby zdrowia - wojskowej i cywilnej.

⁶⁰ **Rokowanie:** tu "przewidywanie przypuszczalnego przebiegu choroby" - Mały słownik języka polskiego, PWN, Warszawa 1974 str. 700

Historia wszystkich wojen dowodzi występowania oprócz opisanych rodzajów strat bardzo znaczącej liczby strat ze względu na zaburzenia psychiczne żołnierzy - w operacji obronnej całości sił zbrojnych wynosić będą one 2,8% strat dobowych, co stanowi ok. 1/4 strat od broni konwencjonalnej!

Oprócz prowadzonych powyżej kalkulacji co do wielkości strat sanitarnych w siłach zbrojnych należy pamiętać o stratach sanitarnych wśród ludności cywilnej.

Z analizy historycznej (rok 1939, Powstanie Warszawskie, Blokada Leningradu, Wojna Koreańska) wynika, że na 1 rannego żołnierza przypada ok. 2,5 osoby cywilnej. Przyjmując straty związku operacyjnego wysokości ok. 14,5% ogólnego stanu żołnierzy i uwzględniając straty sanitarne wśród ludności cywilnej wg. podanego powyżej oszacowania koniecznym jest zaplanowanie odpowiedniej ilości łóżek wydzielanych dla wojska w szpitalach cywilnych z zachowaniem ich podstawowego przeznaczenia - leczenia ludności.

Aby można było dostosować system medyczny do każdego możliwego wariantu sytuacji operacyjnej, koniecznym jest przedstawienie taktyki działania cywilnej służby zdrowia oraz zakładanego poziomu (zakresu) leczenia.

Obecnie mówi się⁶¹ o trzech możliwych wariantach potrzeb leczniczych odnoszących się do ogólnopństwowej służby zdrowia:

- **Optymalnym** - kiedy liczba potrzebujących pomocy medycznej nie przekracza możliwości jej udzielenia przez zgromadzone i odpowiednio zorganizowane siły i środki służby zdrowia. Wszyscy potrzebujący otrzymają pomoc medyczną a ograniczenia dotyczyć będą jedynie osób niepewnie lub źle rokujących oraz

⁶¹ J. Świącicki: Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny. AON - MZiOS. Materiał studyjny dla kierowniczej kadry administracji państwowej. Warszawa 1996 str. 14

wykonywania zabiegów specjalistycznych. Ranny na tzw. pierwotne opracowanie rany czekał będzie średnio do 12 godzin i nie więcej niż 24 godziny.

- **Pesymistycznym** - liczba potrzebujących pomocy znacznie przekracza możliwości jej udzielenia. Ze względu na upływ czasu średnio ranni będą stawać się ciężko rannymi, a ci stworzą straty bezpowrotne (śmierć). Zakres pomocy ograniczy się do najprostszycy zabiegów ratujących życie i pomocy ogólnolekarskiej lub tylko przedlekarskiej.

- **Pośrednim** - kiedy stosownie do konieczności będzie występować taktyka kompromisów lekarskich. Zakres pomocy będzie ograniczony do przypadków rokujących pomyślnie, zabiegów niezbyt czasochłonnych lub tylko ratujących życie. Stosowana będzie pomoc humanitarna - hospicyjna i pielęgnacyjna w zastępczych miejscach szpitalnych.

Według powszechnie uznawanych autorytetów, jeżeli w skali kraju potrzeby służby zdrowia czasu wojny będą 2-3-krotnie przekraczały jej możliwości lecznicze w okresie pokoju, zachowany będzie wariant optymalny. Przekroczenie 4-7-krotne powoduje stosowanie wariantu pośredniego. Powyżej tej wartości zaczyna chwilowo, a później ciągle występować wariant pesymistyczny - ze skutkami wcześniej przedstawionymi.

Ogółem, wg. danych Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (Zakład Szpitalnictwa) mamy obecnie w Polsce (1997) ogółem 245 298 łóżek szpitalnych. Daje to średnią łóżek 63,8/10 tys. mieszkańców. Wobec norm Światowej Organizacji Zdrowia (140/10 000 mieszk.) jest to o ponad połowę za mało. Tym bardziej należy dołożyć wszelkich starań, aby ewentualny konflikt zbrojny był zabezpieczony całością posiadanych sił i środków służby zdrowia. Należy podkreślić,

że poglądy i przyjęte normy czasowe dla wojskowej służby zdrowia diametralnie różnią się od wyżej przytoczonych. W żadnych okolicznościach nie mówi się o załamaniu systemu i jego dezintegracji.

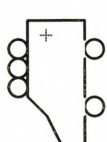
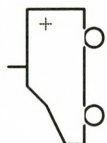
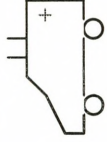
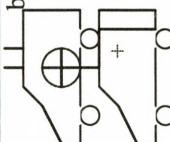

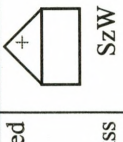
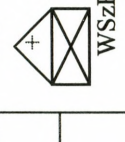
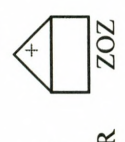



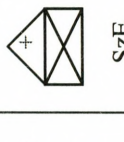
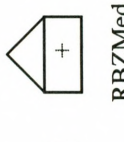
Warto zwrócić uwagę, że zasadniczym kryterium określania odległości rozwinięcia etapu ewakuacji medycznej od linii styczności z przeciwnikiem (rejonu działań bojowych) jest czas potrzebny dla dostarczenia rannych na ten etap od chwili zranienia. Zgodnie z obowiązującymi zasadami⁶² ranny powinien otrzymać pierwszą pomoc lekarską nie później niż 0,5 - 1 godz. od chwili zranienia, kwalifikowaną pomoc medyczną ze wskazań życiowych w ciągu 2 - 3 godzin, kwalifikowaną pomoc medyczną w pełnym zakresie w ciągu 4 - 6 godzin, a w szpitalu znaleźć się nie później niż po 8 - 10 godzinach (rys. 13).

Należy jednoznacznie stwierdzić, że integralną częścią działań planistycznych są prognozy **strat sanitarnych**. Sposób ich wyliczenia⁶³ zależy od posiadanych informacji, czasu na ich analizę i przeprowadzenia kalkulacji jak również celów, którym opracowywana prognoza ma służyć - na przykład do planowania zabezpieczenia medycznego (w czasie pokoju) lub oceny sytuacji w toku działań wojennych (operacji).

Trzeba podkreślić, że nie ma żadnych przesłanek ku temu, aby w ewentualnym konflikcie nie uwzględniać użycia broni masowego rażenia. Załączone tabele prognoz strat sanitarnych w przypadku różnego rodzaju konfliktów, z uwzględnieniem różnych typów nowoczesnych broni pozwalają mi oszacować wydajność proponowanego systemu.

⁶² A. Trybusz i wsp.: Ogólna charakterystyka systemu leczenia etapowego z ewakuacją wg. wskazań, *Lekarz Wojskowy* 1/96 str. 22-26

⁶³ M. Dójczyński, Z. Kwiasowski: *Wybrane problemy...* op. cit.

Szczebel organizacyjny	KOMPANIA	BATALION	BRYGADA	DYWIZJA	OW/K	REJON LECZNICZY
Wyszczególnienie sił i środków	Sanitariusz	 plmed	 kmed	 bmed	 bwmmed kss	 ZszG  SZW  WSZR  ZOZ
	Etap ewakuacji medycznej	 bpo	 BPO	 DPO	Jednoski służby zdrowia OW/K działają jako wzmocnienie szczebla	 SzE  RBZMed
Rozmieszczenie etapów ewakuacji medycznej (km)	W rejonie kompanii	2 - 4	6 - 8	10 - 15		
	W rejonie kompanii	4 - 5	12 - 16	20 - 30		
Czas dotarcia rannego (h)	Natychnmiast	0,5 - 1	2 - 3	4 - 6		8 - 10
Kolejne rozwinięcie etapu (km)		co 10	co 20	co 30		
Rodzaj pomocy medycznej	Pierwsza pomoc	Pierwsza pomoc lekarska	Kwalifikowana pomoc medyczna			Specjalistyczna pomoc medyczna i rehabilitacyjna
Zakres pomocy medycznej	ze wskazań życiowych	ze wskazań życiowych i w pełnym zakresie				
Segregacja medyczna	transportowo - ewakuacyjna	diagnostyczna, wewnętrzpunktowa i transportowo - ewakuacyjna				
Ewakuacja medyczna		na kierunku \longrightarrow według wskazań \longrightarrow				

Rys. 13 Organizacja leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań

Kolejną, równie istotną potrzebą operacyjną jest stworzenie zaplecza transportowego dla potrzeb służby zdrowia sił zbrojnych czasu wojny. Ze względu na dużą różnorodność obecnie używanego w naszym kraju parku samochodowego (państwowego i prywatnego) niemożliwym stało się wykorzystanie wielu środków transportowych na potrzeby transportu sanitarnego (min. niektórych typów autobusów miejskich). Obowiązujące zasady dopuszczenia do ruchu i rejestracji pojazdów nie nakładają na ich konstruktorów, sprzedawców i nabywców obowiązku uwzględniania potrzeb obronnych. Jest to od dawna sygnalizowany problem, którego rozwiązanie wymaga odpowiedniej podstawy prawnej. Problem ten można rozszerzyć np. na coraz częściej występujące w naszym lotnictwie cywilnym śmigłowce, samoloty dyspozycyjne i specjalne.

Innym zagadnieniem, które powinno być pilnie rozwiązane, jest moim zdaniem zorganizowanie szkolenia kadry rezerw lekarskich w warunkach zbliżonych do pracy w Rezerwowym (Ewakuacyjnym) Szpitalu Wojskowym. Możliwość taką widzę w zorganizowaniu w oparciu o sprzęt i infrastrukturę Rejonowych Baz Zaopatrzenia Medycznego - Ośrodków Szkoleniowych - podobnie, jak ma to miejsce np. w Bundeswehrze⁶⁴. Ośrodki takie pozwalałyby prowadzić szkolenie mobilizacyjne, badać funkcjonowanie przyjętych struktur organizacyjnych i wojskowego sprzętu medycznego oraz przygotowywać lekarzy cywilnych do pracy zgodnie z potrzebami sił zbrojnych czasu wojny.

System zabezpieczenia medycznego, tak jak każdy system funkcjonujący w siłach zbrojnych, powinien min. charakteryzować się wysoką elastycznością i

⁶⁴R. Neumann: Bundeswehra w okresie przełomu, Bellona, Warszawa 1995.

niezawodnością. Wynika to z istoty sił zbrojnych (wojsk) oraz znaczenia ich podstawowych potrzeb - potrzeb operacyjnych.

Elastycznością systemu nazywać będę jego zdolność dostosowywania się do przyjętego wariantu mobilizacji (częściowa, powszechna) a także zmieniających się w toku trwającej wojny potrzeb w zakresie zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych (wojsk). Mieszczą się w tym możliwości organów zaopatrujących i WKU w zakresie zaopatrywania i uzupełnień a także problemy dotyczące szybkiego i sprawnego przebazowywania (manewru) jego elementów (szpitali) stosownie do rozwoju sytuacji operacyjnej.

Zapewnienie elastyczności ewakuacyjnej jest przedsięwzięciem szczególnie trudnym i złożonym. Wymaga z jednej strony wnikliwej analizy sytuacji operacyjnej, skutecznego zabezpieczenia logistycznego - przede wszystkim środkami transportu i ewakuacji sanitarnej oraz prężnego kierowania. Wielką rolę ma tu do spełnienia system łączności służby zdrowia oraz System Kierowania Ruchem Wojsk (SKRW) rozwijany na terenie kraju w czasie operacyjnego rozwijania sił zbrojnych i wojny.

Jedną z przewidywanych przeze mnie korzyści, płynących z wprowadzenia nowego systemu jest znaczący wzrost elastyczności materiałowo-technicznej. Jest to bezpośrednim skutkiem decentralizacji zaopatrywania, możliwość szerokiego (na każdym szczeblu) uzupełniania materiałowego ze źródeł lokalnych i wcześniejszego (przed mobilizacją) urzutowania podstawowej masy środków materiałowo-technicznych w planowanych rejonach rozwijania poszczególnych elementów systemu. **Również wykorzystanie miejscowych klinik, gabinetów czy aptek prywatnych** może podnieść elastyczność systemu - z uwagi na możliwości zrezygnowania przez

wojsko z tworzenia małych placówek służby zdrowia np. działających na rzecz pododdziałów OT (rys. 14).

Elastyczność personalną (kadrową) system powinien mieć zapewnioną w wyniku:

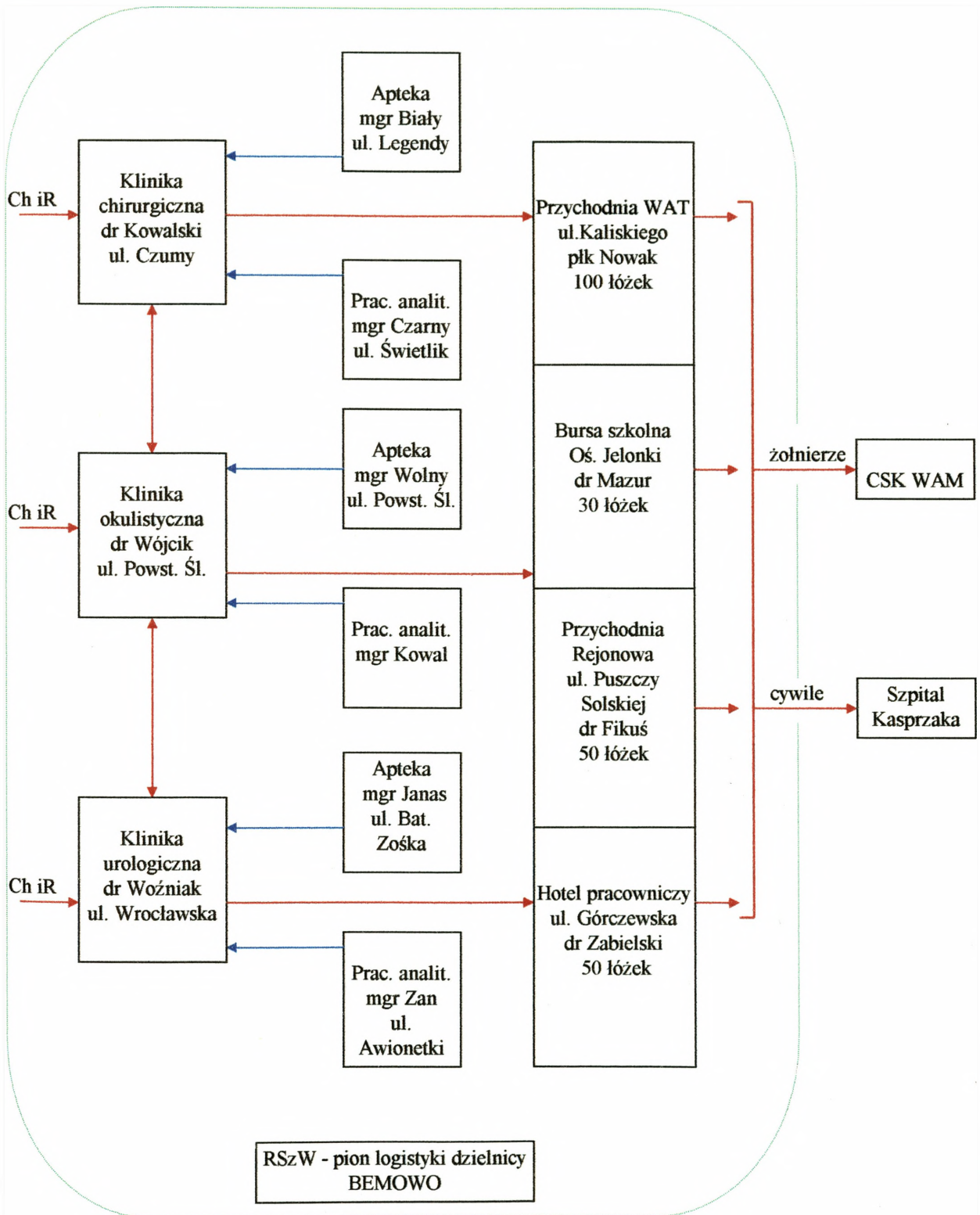
- odpowiedniego prognozowania i planowania potrzeb oraz ich uzupełniania;
- dobrze zorganizowanego szkolenia lekarzy na potrzeby mobilizacyjne i wojenne;
- właściwego nadawania przydziałów mobilizacyjnych do elementów (szpitali, jednostek) wojskowej służby zdrowia;
- prowadzenia systematycznego szkolenia i ćwiczeń.

Niezawodnością systemu nazywać będę jego zdolność do mobilizacyjnego rozwinięcia i efektywnego funkcjonowania (leczenia rannych żołnierzy) w każdym wariantcie narastania zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wybuchu wojny, a także przebiegu działań bojowych. Osiąga się go w wyniku realizacji wielu czynników, w tym: organizacyjnych, osobowych, materiałowych i szkoleniowych.

Niezawodność systemu powinna mieścić się w przyjętym wcześniej przedziale prawdopodobieństwa prawidłowego działania (jest to liczba z przedziału 0 - 1 lub 0 - 100 %). Definiując to pojęcie można powiedzieć, że jest to stopień ufności, że zabezpieczenie medyczne spełni stawiane przed nim zadania⁶⁵. Uważam, że nie powinien być on niższy, niż wskaźniki przewidywane dla innych podsystemów logistycznych.

Traktując to zagadnienie w ujęciu probabilistycznym można stwierdzić, że prawdopodobieństwo poprawnego funkcjonowania TSMed jest zdarzeniem, na które składają się prawdopodobieństwa poprawnego działania jego podsystemów.

⁶⁵ Definicja autora



Legenda:

- - granice dzielnicy
- Ch i R - chorzy i ranni
- - droga chorego
- - współpraca
- nazwiska, lokalizacja obiektów - umowna

Rys. 14 Przykład organizacji podsystemu w dzielnicy Warszawa - Bemowo

Ujmuje to uogólnony wzór:

$$P(\text{TSMed}) = P(\text{Mrief}) \cdot P(\text{MT}) \cdot P(\text{Pper}) \cdot P(\text{Ttr}) \cdot P(\text{Ł}); [0, 1 \text{ lub } 0-100\%]$$

gdzie:

P (Mrief) - prawdopodobieństwo skutecznego mobilizacyjnego rozwinięcia i efektywnego funkcjonowania

P (MT) - prawdopodobieństwo poprawnego działania systemu materiałowo-technicznego [% braków / potrzeby]

P (Pper) - prawdopodobieństwo skutecznej działalności w zakresie uzupełnień, powołania, szkolenia personelu TSMed

P (Ttr) - prawdopodobieństwo poprawnego działania transportu (lub z przyjętym parametrem przejazdów niezrealizowanych) [przejazdy/100]

P (Ł) - prawdopodobieństwo poprawnego działania systemu łączności i informatyki (lub z przyjętą wielkością strat informacji) [0 - 100 %]⁶⁶

Dla osiągnięcia odpowiedniego poziomu niezawodności podsystemu należy zapewnić:

- właściwe przygotowanie procesu mobilizacyjnego rozwinięcia elementów (szpitali, jednostek) systemu;

- zgromadzenie w składnicach sanitarnych, aptekach, hurtowniach, stacjach i bankach krwi, przedsiębiorstwach zaopatrzenia medycznego i farmaceutycznego - „CEZAL”, „CEFARM” stosownego zapasu materiałów sanitarnych (sprzęt i leki).

Koniecznym jest sprawne i pełne ukończenie tymi materiałami szpitali czasu „W”;

⁶⁶ **Niezawodność łączności:** zapewnienie łączności w każdych warunkach działalności bojowej wojsk. Słownik podstawowych terminów wojskowych. Warszawa 1997 str. N -8

- spowodowanie, w wyniku powoływania, uzupełniania i szkolenia powstania odpowiedniego zaplecza sił fachowych: lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego przewidzianego dla konkretnych szpitali;

- przygotowanie, zaplanowanie transportu sanitarnego w oparciu o środki pozyskane, w ramach przydziałów mobilizacyjnych i świadczeń z gospodarki narodowej. Musi on stwarzać możliwość łatwego przystosowania do przewozu rannych (warunki do montowania zunifikowanych „urządzeń adaptacyjnych”) i posiadać odpowiedni resurs kilometrów. Środki te, w miarę możliwości powinny być jednego typu, najlepiej z jednej grupy sprzętowej (Jelcz, Osinobus, Sanos lub obecnie powszechne: Mercedes, Iveco, MAN, DAF, Hannomag, Berliet);

- zapewnienia dobrych środków łączności, jako podstawowego warunku prawidłowego funkcjonowania każdego, współczesnego systemu wojskowego⁶⁷;

- przygotowanie niezbędnych zapasów sprzętu kwatermistrzowskiego (namioty, stoły, taborety, łóżka polowe, oświetlenie, ogrzewanie, wyposażenie punktów żywienia, łaźnie polowe itd.);

- przygotowanie zapasów umundurowania wojskowego i wyposażenia osobistego (w wariantach letnim i zimowym);

- przygotowanie sił i środków zapewniających ochronę i obronę rozwijanych elementów medycznych.

Spełnienie **potrzeb operacyjnych sił zbrojnych** jest istotą i celem istnienia systemu zabezpieczenia medycznego. Wszystkie związane z tym prace planistyczne, organizacyjne, materiałowo-techniczne i szkoleniowe muszą być prowadzone we współdziałaniu z komórkami operacyjnymi sztabów zainteresowanych organów

⁶⁷ A. Skowroński: Krok ku NATO (z konferencji naukowej w AON). Myśl Wojskowa 4/97 str. 156-163

dowodzenia (Sztab Gen. WP, dowództwa: WLąd, WLOP i MW). Po zorganizowaniu systemu i wszechstronnym zabezpieczeniu jego działania, musi być on włączony do podstawowych systemów funkcjonalnych SZ RP: dowodzenia, gotowości bojowej, mobilizacji, logistyki, szkolenia i kontroli oraz objęty programowym przygotowaniem (ćwiczenia, treningi) do działania w czasie wojny (obrony państwa).

Rozdział 4. ORGANIZACJA TERYTORIALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO SIŁ ZBROJNYCH W CZASIE WOJNY.

4.1. Naukowe podstawy tworzenia TSMed.

Proponowane przeze mnie w niniejszej rozprawie rozwiązanie jest elementem szeroko rozumianego systemu logistyki⁶⁸ wojskowej i jako takie podlega jej ogólnym prawom. Definicji pojęcia logistyki dotychczas jest kilka - termin ten przedstawiany jest często z dużym uproszczeniem, a ja uważam za dobrą definicję określenie: gospodarka wojskowa⁶⁹.

Istotą niniejszego podrozdziału są ogólne zasady organizacji i funkcjonowania logistyki prezentowane przez różne uznawane autorytety. Należy stwierdzić, że występuje obecnie pogląd o równorzędności "sztuki logistyki" ze „szuką wojenną”. Fakt ten świadczy o randze, jaką logistyka uzyskała w miejsce różnie traktowanego kiedyś kwatermistrzostwa. Wynika z tego także, że szereg zagadnień logistycznych jest bardzo ściśle związanych z zagadnieniami sztuki wojennej.

Autorytety, na które powołuję się za prof. W. Stankiewiczem zagadnienia te ujmują następująco⁷⁰.

Wg zasad Thorpe'a - jedność myślenia dowódczego i logistycznego sięga szczebla strategicznego. Na szczeblach operacyjnych i taktycznych powinna

⁶⁸ W. Stankiewicz: Logistyka, MON, 1968 str. 62

⁶⁹ op. cit., „Gospodarka wojskowa jest to całokształt działalności ekonomicznej prowadzonej w ramach sił zbrojnych zgodnie z potrzebami militarnymi” lub też wg. Eccles'a, Definition of Logistics, J. Washington University 1956:

„Logistyka wojskowa to planowanie i realizacja zabezpieczenia materiałowego narodowych sił zbrojnych oraz stworzenie odpowiednich warunków do wykonania stawianych im zadań”.

⁷⁰ W. Stankiewicz: O zasadach logistyki. Zeszyty naukowe AON 1/1996 str. 7-25

G.C. Thorpe: Logistyka czysta. Waszyngton 1986, kolejne wydanie

G.C. Shaw: Supply in Modern War. London 1936 - za W. Stankiewiczem

występować zasada integracji służb kwatermistrzowskich, służb technicznych i służby zdrowia. Jej nieprzestrzeganie, jak dowodzi historia, prowadziło do znacznego osłabienia siły bojowej wojsk. Również przykłady historyczne dowodzą wysokiego znaczenia zasady samowystarczalności i korzystania z lokalnych źródeł aprowizacji.

Inne, wynikające z rozwoju techniki wojskowej, nie nowe zresztą zasady wyszczególnił **G.C. Shaw**. Oto one - samowystarczalności, a mówiąc prościej posiadanie przez wojska w marszu i boju zapasów do działania samodzielnego w sensie zaopatrywania; ograniczonej samowystarczalności czyli korzystanie z sieci magazynów rozlokowanych w pobliżu przewidywanych działań bojowych, obficie zaopatrzonych w czasie pokoju i uzupełniane z zaplecza, która to zasada nabrała szczególnego znaczenia w dobie nowoczesnych środków transportu (komunikacji) i w połączeniu z systemem etapów, uniezależniła wykonującą operację wojska od potencjału logistycznego poszczególnych rejonów.

Mało zrozumiała jest przyjęta wg Shawa niska rola zasady uzupełnienia lokalnego. Ta podstawowa historycznie zasada wykorzystania zdobyczy wojennych i lokalnych, może i dzisiaj być, jak sędzę źródłem znaczących uzupełnień własnych potrzeb (np. środki MPS, pojazdy i maszyny, materiały medyczne, środki żywnościowe itp.).

Wynikiem rozważań **H.E. Eccles'sa**⁷¹ nad logistyką wojskową są kolejne fundamentalne zasady tej dziedziny wiedzy. Chodzi tu m.in. o zwalczanie w tworzeniu systemu zasileniowego tzw. lawiny logistycznej. Jej istotą jest skłonność osób i instytucji do zawyżania planowanych potrzeb i nadmiernej rozbudowy mechanizmów systemowych. Występuje przy tym także utrata elastyczności logistycznej, tzn.

⁷¹ H.E. Eccless: Logistyka w obronie narodowej; 1959 za W. Stankiewiczem str. 16

niepoddawania się ich aktualnie optymalnym dla danej armii rozwiązaniom organizacyjnym. Towarzyszy jej także tendencja do hamowania rozmachu i mobilności działań militarnych.

Inną zasadą, którą formułuje Eccless jest gospodarność - czyli nic innego jak oszczędność, staranne planowanie i urzutowanie zasobów zgodnie z przewidywanymi potrzebami wojsk.

Inny, współczesny specjalista amerykański **J.A. Huston** sklasyfikował kolejne zasady logistyki. Podkreślę istotną z punktu widzenia planowanego systemu medycznego zasadę wyprzedzenia materiałowego, która żąda wyprzedzenia mobilizacji militarnej przez mobilizację materiałową. Jest ona prapoczątkiem wszelkiego planowania wojskowego. Niemniej istotnym jest rozproszenie sił i środków logistycznych, aby zmniejszyć straty zadawane przez przeciwnika.

Kolejnymi zasadami uwypuklonymi przez Hustona jest m.in.:

- jedność dowodzenia;
- ciągły proces zbierania i przetwarzania informacji jako warunek skutecznego kierowania systemem logistycznym;
- prostota jako alternatywa działań logistycznych.

Uczony angielski, brygadier **J.H. Skinner** w wydanej w 1993r. encyklopedii wojskowej również podaje sklasyfikowany przez siebie szereg zasad logistycznych, z których jako ciekawszą wymienię: zaradność. Otóż, wg. tego autora żołnierz posiadający tę cechę - wrodzoną lub nabytą przez doświadczenie bojowe - potrafi sprostać nieoczekiwanym okolicznościom. Od logistyka cechy tej należy bezwzględnie wymagać, gdyż sytuacja na polu walki nie musi rozwijać się zgodnie z wyuczonymi kanonami czy przyjętymi założeniami (planami) i trzeba uciekać się do twórczej improwizacji. Moim zdaniem,

ta właśnie cecha powinna charakteryzować również każdego dobrego dowódcę ogólnowojskowego i być składową jego talentu dowódczego.

Zasada	Thorpe	Shaw	Eccles	Huston	Skinner
Jedności dowodzenia	x			x	x
Integracji procesów	x				
Samowystarczalności	x	x			
Ograniczonej samowystarczalności		x			
Uzupełnienia z zaplecza		x			
Uzupełniania lokalnego		x			
Zwalczania lawiny logistycznej			x		
Giętkości			x	x	
Gospodarności			x	x	x
Równoważności				x	
Wyprzedzenia materiałowego				x	
Od zaplecza ku frontowi				x	
Rozproszenia				x	
Ruchliwości				x	
Wykonalności				x	
Ciągłości				x	
Synchronizacji				x	
Odpowiedzialności				x	
Informacji				x	
Jakości				x	
Prostoty				x	
Gotowości					x
Żywotności					x
Wrażliwości					x
Zaradności					x

x - zasada występująca w pracach danego badacza

Tabela 2. Zbiory zasad logistyki

4.2. *Rola i relacje terenowej administracji wojskowej i cywilnej w TSMed.*

Warunkiem „sine qua non” tworzenia jakiegokolwiek systemu we współczesnych siłach zbrojnych jest podporządkowanie go potrzebom operacyjnym w stosownym zakresie. Również TSMed jako podsystem logistyczny, warunkiem tym jest objęty w całej rozciągłości.

Omówione wcześniej potrzeby operacyjne muszą być realizowane w jak największym stopniu, przy czym potrzeba inwestowania w informatyzację, łączność, automatyzację zarządzania i systemy monitorowania przepływu zasobów ma istotne znaczenie. Zagadnienie to, według autorytetów⁷² skutecznie rozwiązano w siłach zbrojnych różnych państw, w tym Niemiec, Francji i Stanów Zjednoczonych, niemniej jednak uważam, że należy tworzyć formuły własne, a sprawdzone wzorce traktować jako punkt odniesienia.

Wobec tego, dla dalszych rozważań przyjmuję założenie robocze, że powyższe problemy mają szansę na skuteczne rozwiązanie a obsługa będzie mogła realizować zadania współczesnych systemów logistycznych, z uwzględnieniem TSMed. Użytkownik TSMed powinien natomiast umieć postawić i wykorzystać zadania informatyczne.

W ramach restrukturyzacji sił zbrojnych w miejsce dawnego pojęcia „zabezpieczenia logistycznego wojsk” wprowadzono określenie „Wojskowy System Logistyczny”(WSL), a w nim sieć Rejonów Logistycznych WSL mającą znaczną

⁷² E. Chylak: Kierunki rozwoju logistyki SZ RP, *Myśl Wojskowa* 6/97 str 104

S. Dworecki: Pogląd na terytorialny system zasilania logistycznego, *Zeszyty naukowe AON* 3/1993 str. 139

W. Piechota: Kurs planowania medycznego NATO, Hamburg 1996, Notatki, dokumenty - wywiad autorski

autonomiczność i wykorzystującą bazę stacjonarną kraju (składnice, szpitale, zakłady naprawcze, Wojskowe Przedsiębiorstwa Remontowo-Produkcyjne itd.) oraz jednostki mobilne, realizujące określone zadania logistyczne.

Regionalne Sztaby Wojskowe, których strukturę (wariant) przedstawia zał. 20, dysponujące m.in. jednostkami logistycznymi OT i będące „gospodarzami”⁷³ rejonu odpowiedzialności obejmowałyby te części WSL, które w nim by się znajdowały - tzn. najczęściej Rejony Logistyczne.

Proponowany przeze mnie TSMed ma spełniać następujące warunki terytorialne:

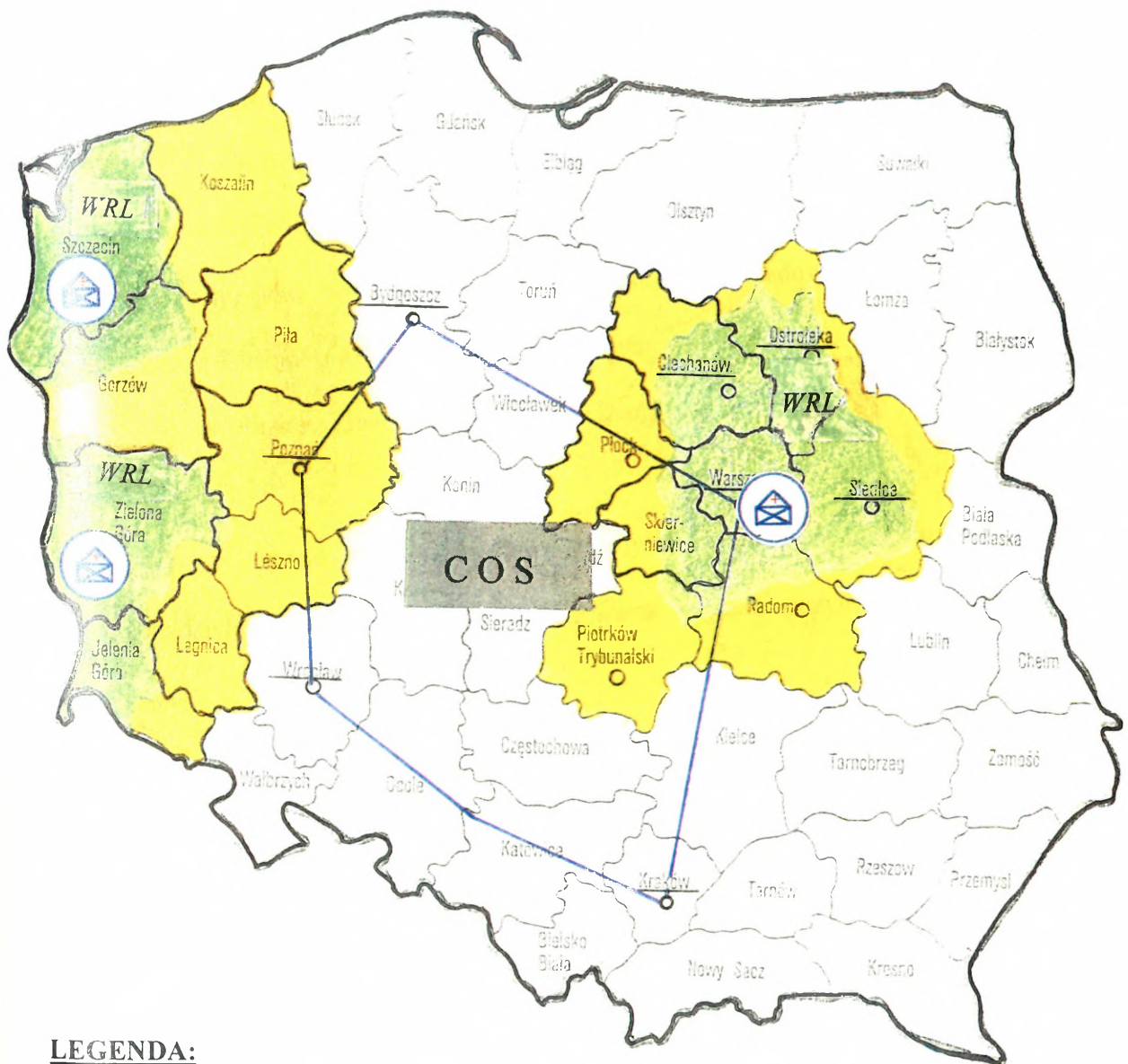
- funkcjonować na obszarze odpowiedzialności RSzW i być przez niego zarządzanym;
- funkcjonować w ramach Rejonu Logistycznego, **zgodnego terytorialnie z obszarem (rejonem) odpowiedzialności RSzW;**
- funkcjonować w warunkach, gdy obszar RSzW ściśle pokrywa się z obszarem działania TOARz przyszłego podziału administracyjnego kraju.

Może być to jedna, bądź więcej takich jednostek np. województw. **Istotą jest zgodność terytorialna jej funkcjonowania: RSzW, Rejonu Logistycznego i TSMed**⁷⁴.

Dla optymalnego wykorzystania aktualnie funkcjonującego systemu Wojskowych Rejonów Lecznich (WRL) jako fundamentu TSMed, wymaganiem, jakie należy postawić, jest jak w wyżej opisanych przypadkach pokrywanie się obszaru WRL z obszarem RSzW. Taki układ, jak sądzę umożliwi jednolitość kierowania,

⁷³ „Gospodarz” - ktoś, kto zarządza, rządzi czym (np. jakimś zakładem, województwem, państwem) - Mały Słownik Języka Polskiego, S. Skorupka, H. Auderska, Z. Lempicka PWN W-wa 1964 str. 205

⁷⁴ Stan aktualny: np. II WRL (Warszawa) obejmuje obszar 7-miu województw (styczeń 1998) i trzech RSzW - (rys. 15).



LEGENDA:

COS - *Centralny Obszar Strategiczny*



Obszar Wojskowego Rejonu Leczniczego (WRL)

- *Województwo, z którym graniczy, bądź obejmuje WRL*



- *granica województwa*

Rys. 15 *Dyslokacja wybranych (Warszawa, Szczecin, Żary) Wojskowych Rejonów Lecznicznych na tle administracyjnego podziału kraju w układzie wojewódzkim (grudzień 1997)*

zaopatrywania i przepływu informacji w warunkach pokoju, rozwinięcia mobilizacyjnego i wojny.

Podstawą formalną do spełnienia powyższych wymagań są zadania obronne podstawowych „gospodarzy” określonego terytorium: organu sił zbrojnych (RSzW), wojewody jako terenowego organu administracji rządowej (TOARz) i organu samorządowego: prezydenta miasta, burmistrza, wójta.

Wybrane z głównych zadań dla tych organów to:

1) dla RSzW⁷⁵

- w **sprawach operacyjno-obronnych**: planowanie użycia podległych i przydzielonych sił do działania na obszarze regionu, przygotowanie obiektów do obrony i ich ochrona;

- w **sprawach logistycznych**: zbieranie danych o potencjale logistycznym w regionie, w tym utrzymania zapasów w rezerwach państwowych przez wyznaczone podmioty gospodarcze. Planowanie wykorzystania potencjału logistycznego do zabezpieczenia wojsk oraz tworzenie warunków do przyjęcia w podporządkowanie operacyjne garnizonowych organów zabezpieczenia na okres wojny;

2) dla Urzędu Wojewódzkiego

- zapewnienie wykonania zadań wynikających z wojewódzkiego programu mobilizacji gospodarki oraz świadczeń na potrzeby obronne państwa - w tym organizacja bazy szpitalnej na czas wojny;

- sprawowanie nadzoru nad organami samorządu terytorialnego w zakresie zadań obronnych zleconych tym organom;

3) dla Samorządu Terytorialnego

⁷⁵ Główne zadanie RSzW określa „Tymczasowy, ramowy zakres działania RSzW - załącznik 1 do zarządzenia Szefa SG WP nr PF 118/org. z dn. 17.11.1992r.

- organizacja punktów zbiórki żołnierzy rezerwy i ich dowóz do miejsc określonych przez WKU;
- organizacja zabezpieczenia medycznego procesu dowozu żołnierzy rezerwy do JW.

Jak widać, wszystkie te organa mają w swoich zadaniach obronnych m.in. zagadnienia związane z zabezpieczeniem medycznym. Tak więc TSMed musi, oprócz ścisłego podporządkowania interesom sił zbrojnych, uwzględnić również współdziałanie z organami administracji rządowej i samorządowej a także świadczenie w określonych sytuacjach niezbędnych usług na ich korzyść. Jest to więc kolejna przesłanka do organizacji zabezpieczenia medycznego czasu wojny jako systemu terytorialnego.

4.3. Możliwości w zakresie organizacji TSMed.

Proponowany system ma do zrealizowania szereg ważnych i wielopłaszczyznowych zadań. Transformacja ustrojowa Państwa, reforma sił zbrojnych jak również systematyczne obniżanie przydzielanych na obronność środków budżetowych nie sprzyjają tworzeniu nowych struktur, natomiast perspektywy uczestnictwa Polski w NATO działania takie wręcz wymuszają. Stąd, jak uważam, nie może zabraknąć w „Założeniach rządowego programu modernizacji SZ RP do 2012 roku” **rozwiązania problemów związanych z nowoczesnym zabezpieczeniem medycznym wojsk.** Aktualny stan sił zbrojnych, budżetu i infrastruktury obronnej wielkich możliwości w tym względzie nie stwarza.

Pierwszym krokiem na drodze do tworzenia wszelkich systemów terytorialnych powinna być zakończona reforma administracyjna kraju. Dopiero kiedy zaistnieje jednoznaczny podział na ustaloną ilość jednostek (województw, powiatów, obszarów, regionów) można do niego dopasowywać wojskowe struktury terytorialne - Regionalne Sztaby Wojskowe, Rejony Logistyczne itd. Obecnie (styczeń 1998) reformę tę rozpoczęto, a ustalenia ostateczne mogą mieć miejsce nie wcześniej, w optymistycznym wariacie, jak w połowie roku 1998 i przybrać formę ustawy. Rzeczywiste jej wdrożenie, przy założeniu zaspokojenia pełnych potrzeb budżetowych i kadrowych zajmie ok. 2-3 lata⁷⁶. Nie mniejszym problemem dla rozwiązań systemowych jest stan prawa - w przypadku TSMed rozwiązania wymaga sposób finansowania świadczeń, uprawnień TOARz i współpracy z podmiotami gospodarczymi.

⁷⁶ J. Buzek, M. Kulesza - Konferencja w Mierkach k. Olsztyna, styczeń 1998

Główny potencjał jaki Państwo posiada dla realizacji zabezpieczenia medycznego na czas wojny to zasoby ludzkie. Mamy około 85 000 tys. lekarzy wszelkich specjalności. Jeżeli przyjąć średni rozkład tej liczby na 10 000 mieszkańców, jest to jedyny wskaźnik w służbie zdrowia zbliżony do standardów światowych t.j. 22/10 000. Niestety, nie jest on, podobnie jak rozkład środków materiałowych, równomierny. Przewiduje się, że dla rozwiązania problemów kadrowych w przypadku wojny przemieszczeniu do najbardziej zagrożonych rejonów podlegać będzie ok. 10 000 lekarzy⁷⁷.

O ile jednak możliwe są manewry (WKU w ramach nadawania przydziałów mobilizacyjnych) potencjałem ludzkim, to manewry środkami materiałowymi w ramach TSMed są prawie wykluczone - gdyż determinuje je położenie szpitali, klinik i gabinetów stacjonarnych. Dla rozważań nad szczegółową organizacją proponowanego systemu w ramach pojedynczego RSzW założyć można, zgodnie z obecną doktryną wojenną, następujące warianty rozwoju sytuacji:

- **wariant 1** - w rejonie odpowiedzialności RSzW ma miejsce lokalny konflikt zbrojny i prowadzona jest operacja z użyciem podstawowych sił w postaci związku taktycznego wojsk operacyjnych i znajdujących się tu jednostek obrony terytorialnej;

- **wariant 2** - w związku z uderzeniem przeciwnika na innych kierunkach w rejonie odpowiedzialności RSzW wojska operacyjne nie działają, a prowadzą działania tu jedynie wojska OT - w sile 2-3 batalionów, bądź nawet brygady;

- **wariant 3** - po mobilizacyjnym rozwinięciu w rejonie odpowiedzialności RSzW wyczekują wojska operacyjne i obrony terytorialnej w sile np. jednej DZ i jednej BOT.

⁷⁷ Z. Kwiasowski, B. Lasota: Publiczna służba zdrowia jako element układu pozamilitarnego systemu obronnego państwa. Myśl Wojskowa 2/95 str. 89-93

Mając na uwadze fakt, że wszelkie scenariusze przyszłej wojny, jak wielokrotnie dowiodła historia rzadko w pełni sprawdzają się, uważam, że zaprezentowany wyżej sposób prognozowania wydarzeń jest właściwym. Może on być przyczynkiem do organizacji TSMed, w tym określenia jego możliwości leczniczych (medycznych).

Prognozowane straty w wymienionych wariantach:

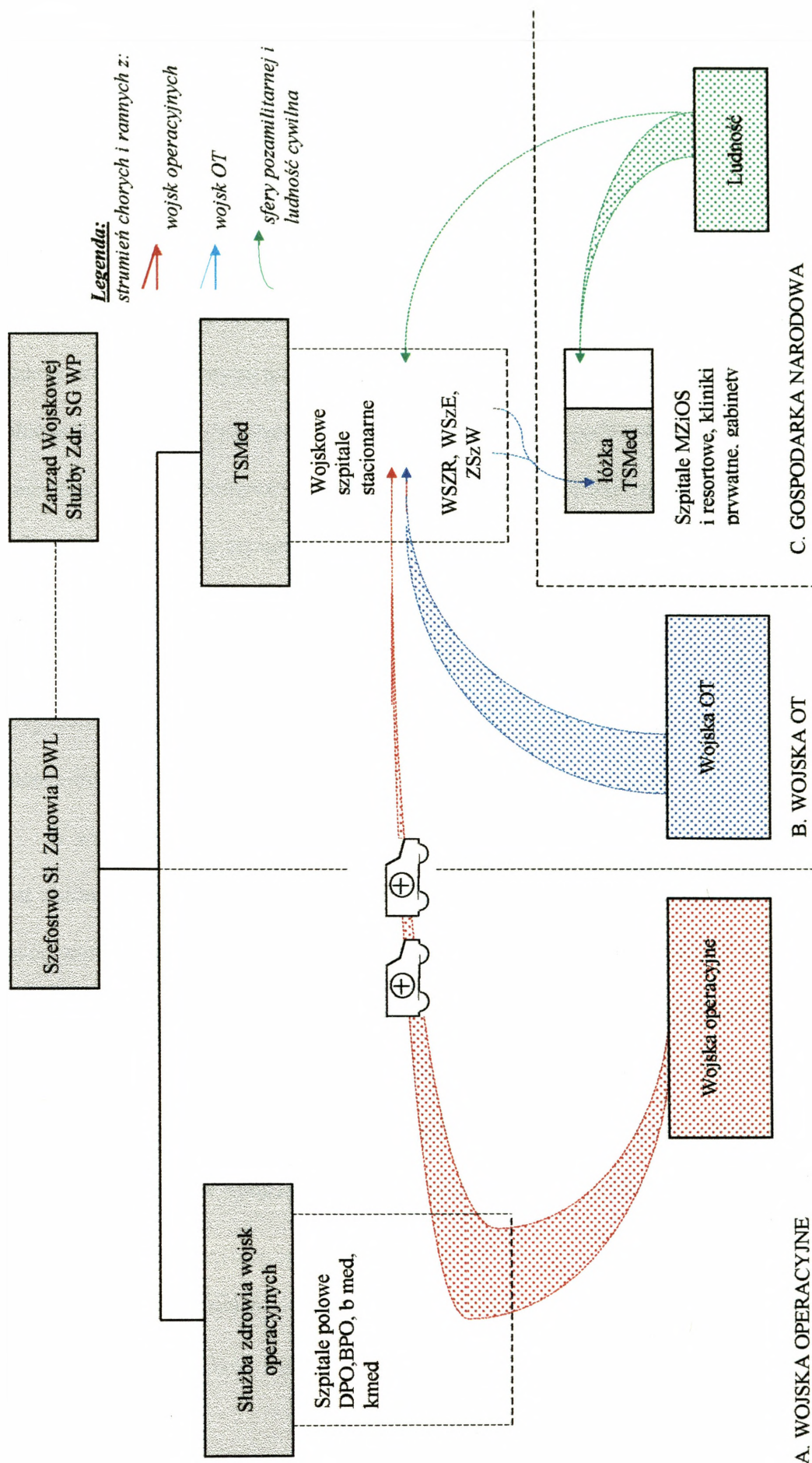
- **wariant 1** - wg. struktury strat do szpitali trafia ok. 85 - 90% wszystkich rannych (zał. 7-11) w skali ZT, co przy 5 - 7 dniowej operacji powoduje konieczność przygotowania ok. 1,5 tys. łóżek szpitalnych;

- **wariant 2** - straty dla BOT przyjmuje się w wysokości 2-6% na dobę (zał. 7-11) co daje orientacyjną liczbę ok. 400 potrzebnych łóżek;

- **wariant 3** - straty prognozuje się na poziomie 1-2% co daje potrzebę posiadania ok. 200 łóżek.

Przedstawione wyliczenie ma charakter wyłącznie studyjny (orientacyjny) - w żadnym przypadku nie może stanowić podstawy do konkretnych rozwiązań. Pozwala natomiast zademonstrować czynniki wpływające na składniki potrzeb operacyjnych TSMed jakim jest ilość łóżek w przewidywanym rejonie odpowiedzialności RSzW. Nie uwzględnia także ruchu chorych, gdyż w warunkach rzeczywistych nigdy jednocześnie nie nastąpi pełne obłożenie szpitali, chorzy i ranni będą napływać strumieniem zależnym od rozwoju sytuacji bojowej (rys. 16), jak również opuszczać będą szpitale powracając do wojsk lub jako nieprzydatni zostaną skierowani przez Komisje Lekarskie i WKU do innego wykorzystania.

Uogólniając powyższe rozważania stwierdzić należy, że w przypadku konfliktu globalnego, bądź z użyciem BMR, obecnie istniejący wojskowy system służby zdrowia



Rys. 16 Funkcjonowanie systemu służby zdrowia SZRP w czasie „W”

nie jest w stanie zapewnić siłom zbrojnym pełnego zakresu pomocy medycznej⁷⁸.

Zdecydowanie korzystniej, niż poprzednio opisane, przedstawiają się możliwości tworzenia TSMed w zakresie zaplecza technicznego. Warto jednocześnie zaznaczyć, że w żadnym z elementów organizacyjnych dotychczasowego systemu WRL nie przewiduje się na czas „W” komórki lub etatu obsługi aparatury medycznej. Świadczy to o absolutnym niezrozumieniu przez twórców tego rozwiązania istoty eksploatacji sprzętu wysokospecjalistycznego, jakim jest podstawowe wyposażenie diagnostyczne czy terapeutyczne współczesnego szpitala. Aktualnie, w czasie pokoju, jedynie w największych szpitalach wojskowych istnieje w ramach OZiTM wydział, sekcja bądź pracownia elektromedyczna, zresztą w szczątkowej obsadzie (w CSK WAM - 15 pracowników, SK WAM Łódź - 6-ciu, 110 WSzG - 7-miu itd.). Jej zadania na wypadek „W” nie są ujmowane w planie mobilizacyjnym i należy przypuszczać, że nie przewiduje się jej jako elementu zabezpieczenia szpitali na czas „W”.

W związku z powyższym tworząc TSMed należy bezwzględnie wykorzystać, a nawet rozbudować w czasie pokoju komórki remontu sprzętu medycznego - tak, aby uzyskać zaplecze kadrowe na czas wojny. Ponadto, przynajmniej w dużych miastach, szeroko rozwinięta sieć zakładów, serwisów i przedstawicielstw zagranicznych firm sprzętu stwarza stosunkowo łatwą i bezinwestycyjną możliwość pozyskania specjalistów utrzymujących szpitale w ruchu. Innym problemem, dowodzącym konieczności uważnego spojrzenia na eksploatację aparatury, jest jej rozwijanie w szpitalach polowych.

Jak wynika z moich doświadczeń z ćwiczeń mobilizacyjnych i taktyczno - medycznych, personel tych szpitali na ogół nie zna ich specyficznego, wojskowego

⁷⁸ Z. Kwiasowski, B. Lasota op. cit. str. 93

wyposażenia. Niezależnie od bieżącej konserwacji i obsługiwań, po okresie przechowywania w zestawach szpitalnych składnic medycznych sprzęt okazuje się po rozwinięciu awaryjny, dostarczając rozwijającym bazę szpitalną lekarzom kłopotów trudnych do przewyciężenia przez technicznych laików. Należy również zwrócić uwagę na straty bojowe w mobilnym sprzęcie medycznym, co zmusza do planowania napraw i remontów w szerszym zakresie, niż może to wykonać personel techniczny związku taktycznego (zał. 14).

Moim zdaniem lokalizacja tych usług winna mieć miejsce w Rejonowych Składnicach Medycznych, uprzednio przystosowanych kadrowo i sprzętowo. Uzupełnienie strat sprzętowych można realizować z tych składnic - lub ze szczebla centralnego - z Wojskowego Ośrodka Farmacji i Techniki Medycznej. Składnice te powinny także, w ramach projektowanego TSMed, po ogłoszeniu mobilizacji, prowadzić przystosowanie środków transportu pozyskanych z gospodarki narodowej do potrzeb transportu sanitarnego.

Jak wcześniej wspomniałem, warunkiem wszelkiego działania systemowego jest posiadanie nowoczesnych sieci informatyki i łączności. Tu także istnieją duże możliwości zabezpieczenia budowy i funkcjonowania TSMed. Prowadzone są obecnie aktywne negocjacje przedstawicieli sił zbrojnych z krajowymi i zagranicznymi producentami współczesnych urządzeń łączności i informatyki. Niezależnie od wyboru oferenta siły zbrojne sprzęt ten niewątpliwie zakupią. Pozostaje sprawa personelu - musi on bowiem sprostać wymaganiom nowoczesnej techniki. **I tu proponuję m.in. wykorzystanie ogromnego, zapomnianego potencjału najwyższej klasy fachowców- radioamatorów.**

W Polsce, zrzeszonych w Lidze Obrony Kraju, Polskim Związku Krótkofalowców bądź niezrzeszonych działa ok. 7 000 licencjonowanych nadawców. Wszyscy oni, po wieloetapowych egzaminach państwowych rejestrowani są w Państwowej Agencji Radiowej. Z racji zainteresowań łącznością z reguły przez wiele lat, w sposób ciągły i wszechstronny stają się doskonałymi operatorami lub konstruktorami sprzętu łączności. Efektywne wykorzystanie ich kwalifikacji na wypadek wojny jest nader istotnym zadaniem dla odpowiednich WKU, współpracujących w tej kwestii z Państwową Agencją Radiową. Uważam, że powinni oni być wcielani przede wszystkim do wojsk OT i jako łącznościowcy działać m.in. w TSMed lub robić to w ramach nałożonych świadczeń.

Tak więc, rekapitulując powyższe rozważania mogę stwierdzić, że istnieje potrzeba i realne możliwości w zakresie tworzenia TSMed. Wymaga to jednak stworzenia sprzyjających warunków prawnych, a także autentycznego zainteresowania ze strony wojskowych i cywilnych decydentów. Dobrą okazją do zainteresowania ich tą problematyką są ćwiczenia i treningi sztabowe prowadzone przez Sztab Generalny WP i dowództwa RSZ (zwłaszcza Dowództwo Wojsk Lądowych i Okręgów Wojskowych), a poświęcone kompleksowej problematyce obrony kraju (operacji obronnych). Istotnym problemem jest zapewnienie w nich udziału zainteresowanych resortów cywilnych, terenowych organów administracji państwowej (samorządowej) i TOAW (RSZW, WKU). Sprzyjające warunki w tej dziedzinie stwarza rozkaz Szefa Sztabu Generalnego WP do działalności SZ RP w 1998 roku.

4.4. Struktura organizacyjna TSMed.

TSMed powinien składać się ze struktur organizacyjnych, środków materiałowo-technicznych, wyszkolonych stanów osobowych oraz dokumentacji planistyczno-organizacyjnej zapewniającej utrzymanie stałej gotowości do mobilizacyjnego rozwinięcia, a także niezawodnego funkcjonowania (leczenia rannych) w czasie działań bojowych (operacji).

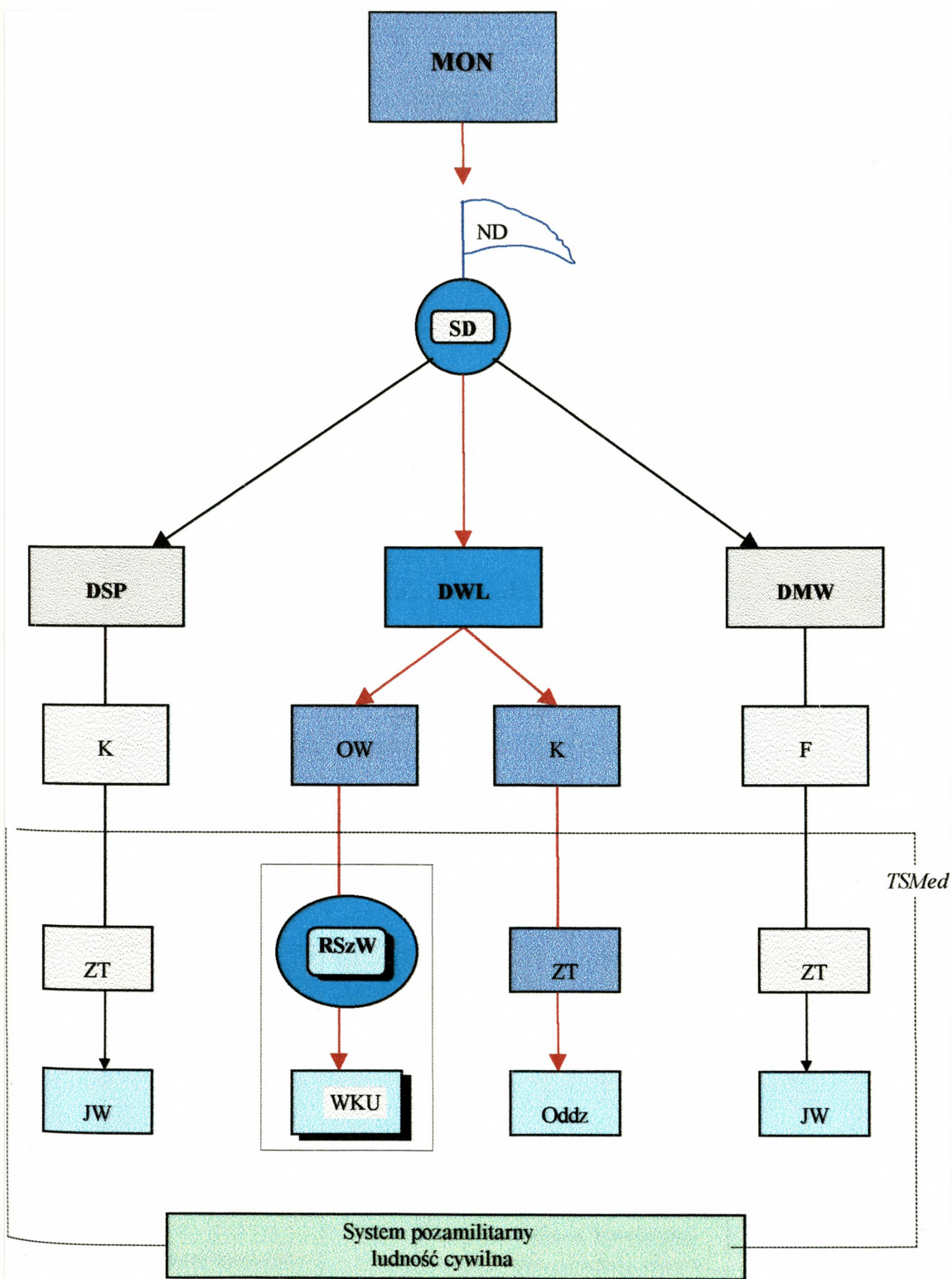
W systemie⁷⁹ tym powinny znaleźć się następujące elementy odpowiednio sobie przyporządkowane (rys.17, 18):

- organy kierowania (komendy, szefostwa, wydziały, sekcje);
- dokumentacja mobilizacyjno-organizacyjna
- elementy lecznicze (szpitale, kliniki prywatne, punkty opatrunkowe);
- składnice i magazyny (sprzętu, leków, materiałów opatrunkowych);
- apteki, hurtownie farmaceutyczne, przedsiębiorstwa „CEZAL” i „CEFARM”;
- personel medyczny (lekarze, pielęgniarki);
- personel pomocniczy (kucharze, magazynierzy);
- personel obsługi technicznej systemu (sprzęt medyczny, łączność i informatyka, maszyny i pojazdy);
- pion prawnofinansowej koordynacji elementów wojskowych TSMed z elementami cywilnymi (apteki, gabinety, hurtownie) lub spółdzielczymi (Spółdzielnie Lekarskie, Zakłady Naprawcze Aparatury Medycznej, administracje budynków).

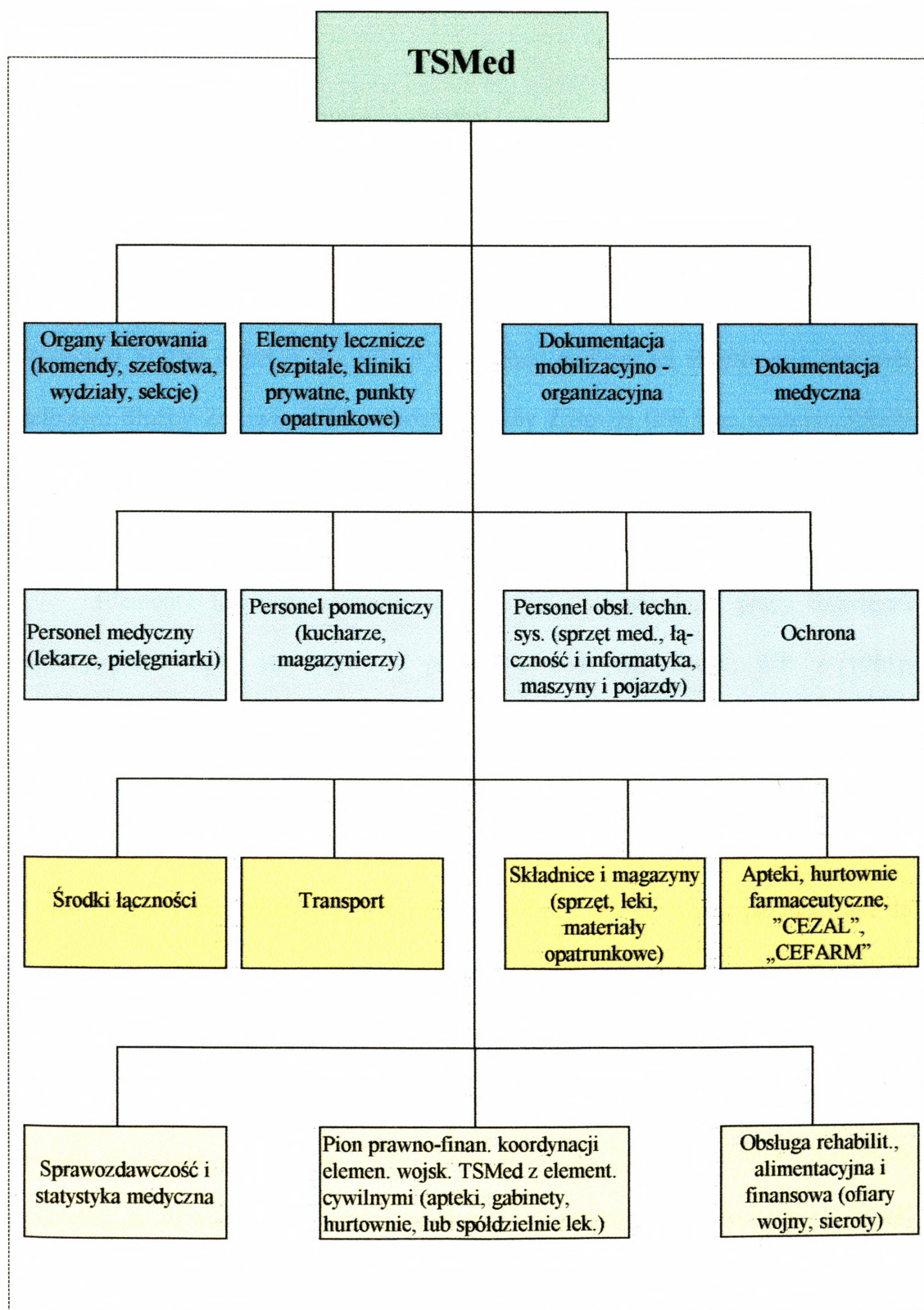
Ważne i niezbędne w tym systemie jest również posiadanie takich elementów jak:

- ochrona;

⁷⁹ System: Z. Łempicka op. cit. str. 29 przyp. 23



Rys. 17 Obszar działania TSMed w czasie wojny



Rys. 18 Struktura i skład TSMed

- środki łączności;
- transport;
- dokumentacja medyczna;
- sprawozdawczość i statystyka medyczna;
- obsługa rehabilitacyjna, alimentacyjna i finansowa ofiar wojny (sierot, inwalidów, rodzin pozbawionych żywiciela).

Organami kierowania jak dotychczas będą: w zakresie fachowym Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia SG WP, a w zakresie podległości służbowej i fachowej Szefostwo Służby Zdrowia DWL, Oddział Służby Zdrowia OW i na szczeblu RSzW (bądź w przekształconych z nich na czas wojny organach o innej nazwie): **komórka (oddział, wydział, sekcja) służby zdrowia pionu logistyki.**

Elementy lecznicze systemu w myśl proponowanych w pracy rozwiązań wykorzystywać będą istniejące na podstawie r-zu Gł. Kwat. WP z 1981r. (33/15.07.1981/Kwat.) elementy obecnie istniejących Wojskowych Rejonów Leczniczych - z ich zapleczem szpitalnym, potencjałem ludzkim i zgromadzonymi w Rejonowych Składnicach Medycznych szpitalami rezerwowymi na czas wojny. Szpitale te, jako najlepiej zorganizowane i wyposażone w zestawy medyczne przewidziane do rozwijania w warunkach polowych stanowią trzon systemu. O ich niewątpliwej wartości stanowi również fakt udziału tych szpitali w ćwiczeniach mobilizacyjnych z rozwijaniem całej bazy medycznej w symulowanych działaniach bojowych (wnioski z ćwiczeń w formie ankiet z lat 1996 - 1998 w aneksie 1). Należy jednak z całą mocą podkreślić, że 20 wojskowych szpitali stacjonarnych z rozwiniętymi na ich bazie WSZR wobec ok. 800 szpitali cywilnej służby zdrowia w całym kraju nie może stanowić jedyne go elementu zabezpieczenia medycznego w przypadku konfliktu zbrojnego.

Dlatego przewiduję, że w skład TSMed będą wchodziły:

- stacjonarne szpitale wojskowe, dotychczas występujące jako „szpitale wiodące Wojskowego Rejonu Leczniczego” (SzW);
- szpitale rozwijane w obiektach stacjonarnych (WSzR) na bazie zestawów medycznych zgromadzonych w Rejonowych Składnicach Medycznych;
- zmilitaryzowane szpitale garnizonowe, rozwijane w obiektach stacjonarnych pozostających po wyjściu batalionów medycznych związków taktycznych jako jednostki nowoformowane (ZSzG);
- szpitale ewakuacyjne rozwijane w obiektach stacjonarnych wojskowych szpitali uzdrowiskowych jako jednostki nowoformowane (WSzE);
- szpitale MZiOS wydzielające łóżka na potrzeby SZ;
- prywatne i o statusie spółdzielni lekarskiej kliniki, gabinety prywatne, przychodnie czy domy opieki.

Elementami zaopatrującymi TSMed będą:

- Rejonowe Składnice Medyczne;
- prywatne hurtownie farmaceutyczne i apteki;
- przedsiębiorstwa, spółki, firmy prywatne zajmujące się dystrybucją i naprawą sprzętu medycznego.

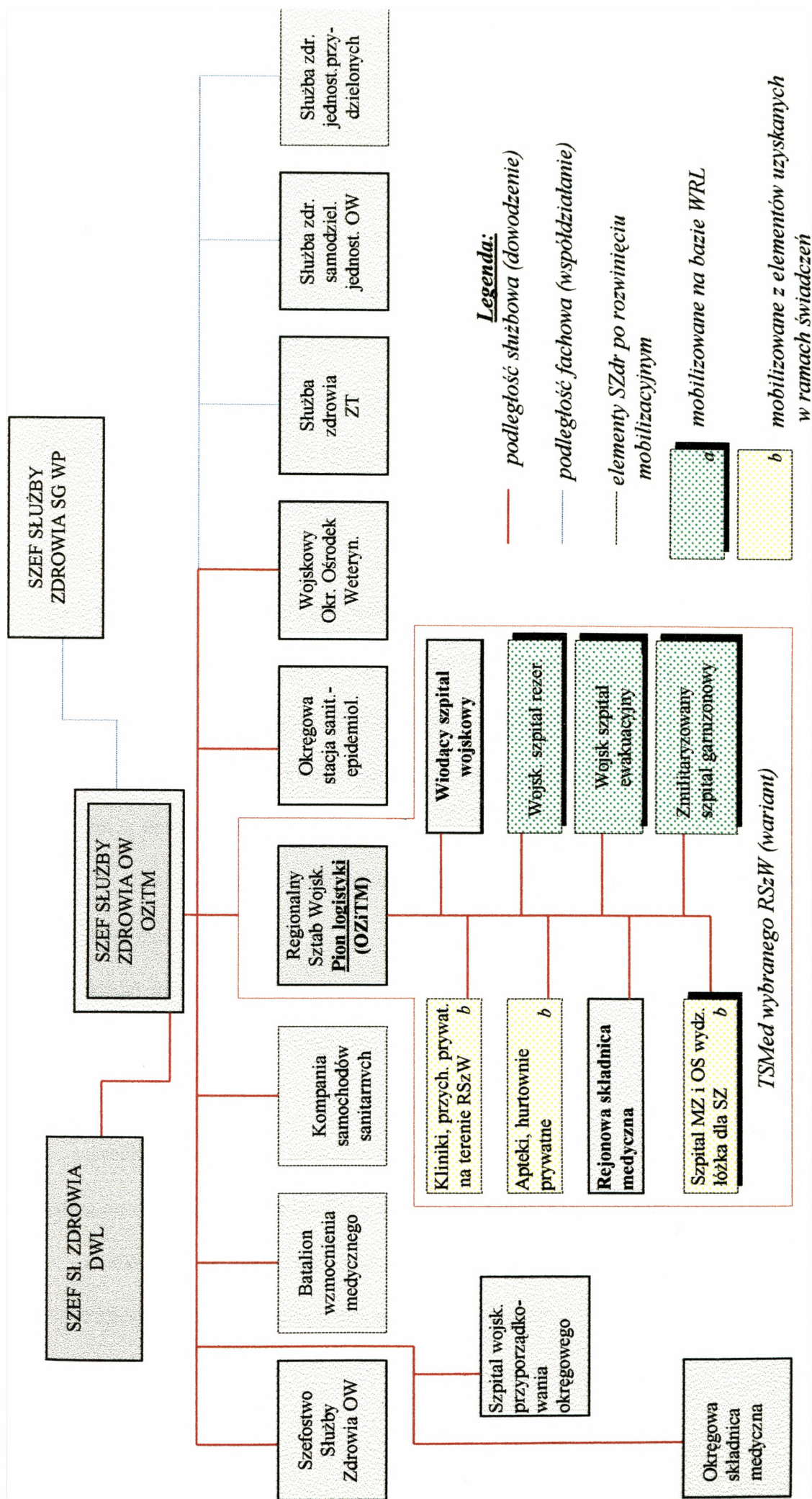
Wszystkie wymienione elementy (organizacyjne, medyczne, zaopatrujące), powiązane siecią wzajemnych zależności i znajdujące się na obszarze poszczególnych RSzW, tworzyć będą Terytorialny System Zabezpieczenia Medycznego Sił Zbrojnych na czas wojny (TSMed). Jego skład i zasady organizacyjno-funkcjonalne generalnie będą jednakowe. Różnice mogą natomiast wynikać ze specyfiki poszczególnych regionów oraz potrzeb operacyjnych i medycznych. Dotyczyć będą one głównie ilości

elementów medycznych (szpitali) i ich możliwości (przepustowości). Również infrastruktura medyczna i nasycenie regionu elementami służby zdrowia w czasie pokoju może mieć wpływ na ostateczny kształt poszczególnych TSMed. Uważam, że proponowana przeze mnie struktura może zawierać w sobie możliwość elastycznego rozwiązywania problemów stosownie do charakterystyki i potrzeb konkretnych regionów (RSzW).

Ogólną charakterystykę wcześniej wyszczególnionych elementów medycznych wchodzących w skład TSMed można przedstawić następując (rys. 19, zał. 15):

- **Szpital Wojskowy (SzW)** - jest to istniejący w czasie pokoju szpital stacjonarny. Na okres wojny zwiększa on z reguły tylko ilość łóżek. Przeznaczony jest do udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy rannym, porażonym i chorym, ich specjalistycznego leczenia i rehabilitacji. Jest jednostką mobilizującą Wojskowe Szpitale Rezerwowe (WSzR). W systemie WRL jest wiodącym szpitalem rejonu leczniczego - w proponowanym przeze mnie TSMed pełni rolę równorzędną z innymi szpitalami i może, z racji bogatego wyposażenia wspomagać ich działanie diagnostyczne lub lecznicze;

- **Wojskowy Szpital Rezerwowy (WSzR)** - jest to nowoformowany szpital wieloprofilowy. Z reguły mobilizowany jest w obiektach wcześniej przewidzianych do jego rozwinięcia (MSD) - w propozycji TSMed ma zgromadzone podstawowe wyposażenie (zestawy medyczne) i inne środki materiałowo-techniczne oraz zapewnioną obsadę personelu (przydziały mobilizacyjne), istnieje możliwość zmiany miejsca jego rozwinięcia w przypadku konieczności ewakuacji z zagrożonego MSD (do rejonu alarmowego lub innego doraźnie wyznaczonego) (zał. 16);



Rys. 19 System służby zdrowia (wariant) w czasie pokoju i po rozwinięciu mobilizacyjnym

- **Zmilitaryzowany Szpital Garnizonowy (ZSzG)** - jest to szpital o profilu przede wszystkim chirurgicznym. Przeznaczony jest do udzielania rannym, porażonym i chorym kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej głównie w zakresie chirurgii, interny jak również do leczenia specjalistycznego (zał. 17);

- **Wojskowy Szpital Ewakuacyjny (WSzE)** - jest to szpital o profilu chirurgicznym. Przeznaczony jest głównie do segregacji rannych, porażonych i chorych, udzielania im kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej w zakresie chirurgii i interny, leczenia i rehabilitacji. Ranni wymagający innej niż udzielana tu pomoc będą kierowani do odpowiednich szpitali w celu zakończenia leczenia i rehabilitacji (zał. 18);

- **Rejonowe Bazy Zaopatrzenia Medycznego** zostały powołane Zarządzeniem Szefa Sztabu Generalnego WP nr PF 80/org z dn. 05.12.1994r. i sformowane przy wiodących szpitalach WRL. Ze względów językowych i unifikacji nazewnictwa logistycznego proponuję nazywać je **Rejonowymi Składnicami Sanitarnymi**. Do ich zadań w obecnym systemie (WRL) należy m.in.:

1. Przechowywanie, uzupełnianie i wymiana zgodnie z planem rotacji takich elementów jak:

- środki materiałowe zabezpieczenia bieżącego (do leczenia rannych i chorych) w szpitalach zabezpieczające potrzeby 10-14 dniowej operacji (r-z SG WP nr 252 z 7.11.1997r.);

- środki materiałowe zabezpieczenia bieżącego (na łóżka szpitalne) naliczane według norm zużycia na materiały medyczne w luźnej nomenklaturze;

- środki materiałowe zabezpieczenia bojowego;

- zestawy medyczne, sprzętowe i sprzęt tabelaryczny;

- depozyty materiałowe wyższych przełożonych;
- materiały medyczne w dyspozycji sił zbrojnych a rotowane i uzupełniane przez MZiOS - CEFARM („kolisy”).

2. Zaopatrywanie szpitali i jednostek dyslokowanych na terenie WRL w sprzęt, materiały medyczne, płyny infuzyjne, krew i preparaty krwiopochodne oraz tlen medyczny.

3. Produkowanie płynów infuzyjnych.

4. Uzupełnienie niekompletnych zestawów medycznych lekami i sprzętem.

5. Przyjmowanie materiałów medycznych i leków.

6. Prowadzenie napraw i konserwacja sprzętu medycznego występującego w zestawach.

Określone przed laty zadania dla składnic sanitarnych w dobie obecnych przemian ustrojowych i gospodarczych państwa wymagają nowych opracowań. Wynika to z trwającej prywatyzacji podmiotów gospodarczych i przechodzenia na gospodarkę rynkową. W związku z tym państwowe dotychczas przedsiębiorstwa (CEZAL, CEFARM, POLGAZ), współpracujące ze służbą zdrowia, stały się spółkami o różnym statusie i wszelka współpraca z nimi oparta jest na „Ustawie o zamówieniach publicznych”. Wobec powyższego również obowiązki na rzecz obronności państwa muszą być oparte o zasady tej ustawy a finansowane jak świadczenia rzeczowe.

Dodatkowo proponuję uwzględnienie w funkcjonowaniu TSMed dotychczas nie uwzględnianych **źródeł prywatnych**. Są to liczne obecnie hurtownie farmaceutyczne i medyczne, apteki, przedstawicielstwa światowych firm medycznych. Tu także należy zauważyć zaistniałe przemiany - nie istnieją już, jako państwowe, dotychczas zaopatrujące WRL przedsiębiorstwa jak np. „Chirana”, - „Medicor”, „Sutjeska”. Te i

szereg innych są również spółkami w państwach byłego Układu Warszawskiego, bardzo często z udziałem kapitału obcego np. Roche'a, Siemensa, Bayera.

Sytuacja ta niesłychanie komplikuje zaopatrywanie służby zdrowia sił zbrojnych ze względu na potrzebę jednolitości asortymentowej dokonywanych zakupów⁸⁰. Jej skuteczne rozwiązanie wymaga ogromnych nakładów finansowych i stworzenie niezmiennych w perspektywie wielu lat regulacji prawno-handlowych. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że zgodnie z rozkazem, na który się wcześniej powołuję w OW istnieje jedna składnica posiadająca zwiększone zapasy materiałowe, która ma spełniać rolę wiodącej w stosunku do pozostałych. Z moich badań wynika, że zapis ten ma charakter zdecydowanie życzeniowy. Istniejące obecnie w skali państwa 6 składnic przy czterookręgowej organizacji sił zbrojnych nie może bowiem spełniać wzajemnie roli wiodącej i podległej. Mogłoby to mieć miejsce ewentualnie w układzie 2 okręgów wojskowych. Na trudności napotyka także realizacja niektórych zadań stawianych przed rejonowymi składnicami⁸¹:

- w związku z rozformowaniem zestawów polowych stacji krwiodawstwa (SK3, SK4) płynów infuzyjnych nie ma czym wytwarzać (podkreślić tu można iż wytwarzanie płynów infuzyjnych obecnie nie ma większego sensu - są gotowe typowo konfekcjonowane i produkowane przez różne firmy farmaceutyczne);

- dla zaopatrywania szpitali w krew i preparaty krwiopochodne należy posiadać możliwość ich przechowywania - przede wszystkim w zamrażarkach i lodówkach. Sprzęt taki występował w rozformowanych stacjach krwiodawstwa.

W proponowanym przeze mnie TSMed do zadań składnic rejonowych obok wcześniej wymienionych należałoby:

⁸⁰ Problemy zabezpieczenia logistycznego w walce i operacji cz.II AON, Warszawa 1994 str. 96

⁸¹ np. polecenie DGW - Warszawa z dn. 18.04.95r. nr 405

- zaopatrywanie wszystkich elementów systemu, w tym także klinik, przychodni, gabinetów i aptek prywatnych wchodzących w jego skład;
- samodzielne nabywanie sprzętu i materiałów medycznych z dowolnych źródeł;
- poprzez nowoczesne systemy informatyczne prowadzenie monitorowania przepływu zasobów;
- wydzielanie przeszkolonych techników (bądź inżynierów) ze składu stałego personelu do uruchomienia i utrzymania w ruchu sprzętu rozwijanych szpitali (WSzR) jak również wsparcia tymi siłami innych elementów systemu - klinik, gabinetów, szpitali MZiOS;
- siłami własnego personelu przystosowywanie środków transportu pozyskanych z gospodarki narodowej do potrzeb sanitarnych.

Zadania te narzucają, dla czasu „W” następującą organizację składnicy medycznej: w strukturę czasu „P” włączyć należy ze służby samochodowej pionu logistyki szpitala wiodącego WRL część warsztatową - będzie ona przystosowywała środki transportu i prowadziła remonty części jezdnej pojazdów. Z OZiTM włączyć należy Wydziały (Sekcje) Remontów Sprzętu Medycznego, których personel realizował będzie zadanie utrzymania sprawności sprzętu WSzR i innych placówek. Rejonowa Składnica Medyczna tak w czasie „P”, jak „W” podporządkowana będzie pionowi logistyki - komórce służby zdrowia RSzW.

Szpitalę MZiOS wydzielające łóżka na potrzeby sił zbrojnych w systemie TSMed mogą:

- zwiększyć liczbę łóżek i zmieniając profil przejść w całości w podporządkowanie RSzW;
- wydzielić oddział szpitalny;

- wydzielić łóżka na poszczególnych oddziałach.

Ilość wydzielanych łóżek, jak również sposób przyporządkowania szpitala zależy od wskaźnika liczby łóżek na 10 000 mieszkańców, wielkości i profilu szpitala, sytuacji operacyjnej danego obszaru kraju i planowanych działań operacyjnych w rejonie odpowiedzialności. W ramach współdziałania aparatura diagnostyczna i terapeutyczna tych szpitali może być udostępniana pozostałym elementom TSMed.

4.5. Zasady funkcjonowania TSMed.

Zasady funkcjonowania TSMed należy rozpatrywać w trzech okresach: pokoju (stała gotowość bojowa i mobilizacyjna), wzrostu zagrożenia bezpieczeństwa państwa (osiąganie wyższych stanów gotowości bojowej - w tym mobilizacji) i w czasie wojny. Problematyka ta powinna być ujęta w odpowiednich dokumentach planistycznych oraz zakresach obowiązków osób funkcyjnych. Ważne miejsce w tej dziedzinie powinno odgrywać szkolenie oraz kontrola stanu przygotowań organizacyjno-materiałowych (zał. 19).

Problematykę funkcjonowania TSMed w okresie pokoju i w czasie osiągnięcia przez wojska wyższych stanów gotowości bojowej przedstawiłem w rozdziale 6.

Dowodzenie służbą zdrowia w czasie wojny i koordynacja jej działań na wszystkich szczeblach organizacyjnych (strategicznym, operacyjnym, taktycznym) odbywać się będzie w ogólnym systemie dowodzenia (WsyD). Realizować je będą komórki i pionierzy logistyczne z wykorzystaniem polowych i garnizonowych środków łączności. Całością zabezpieczenia medycznego kierować będą szefowie służby zdrowia odpowiednich szczebli, każdy w zakresie swojej odpowiedzialności.

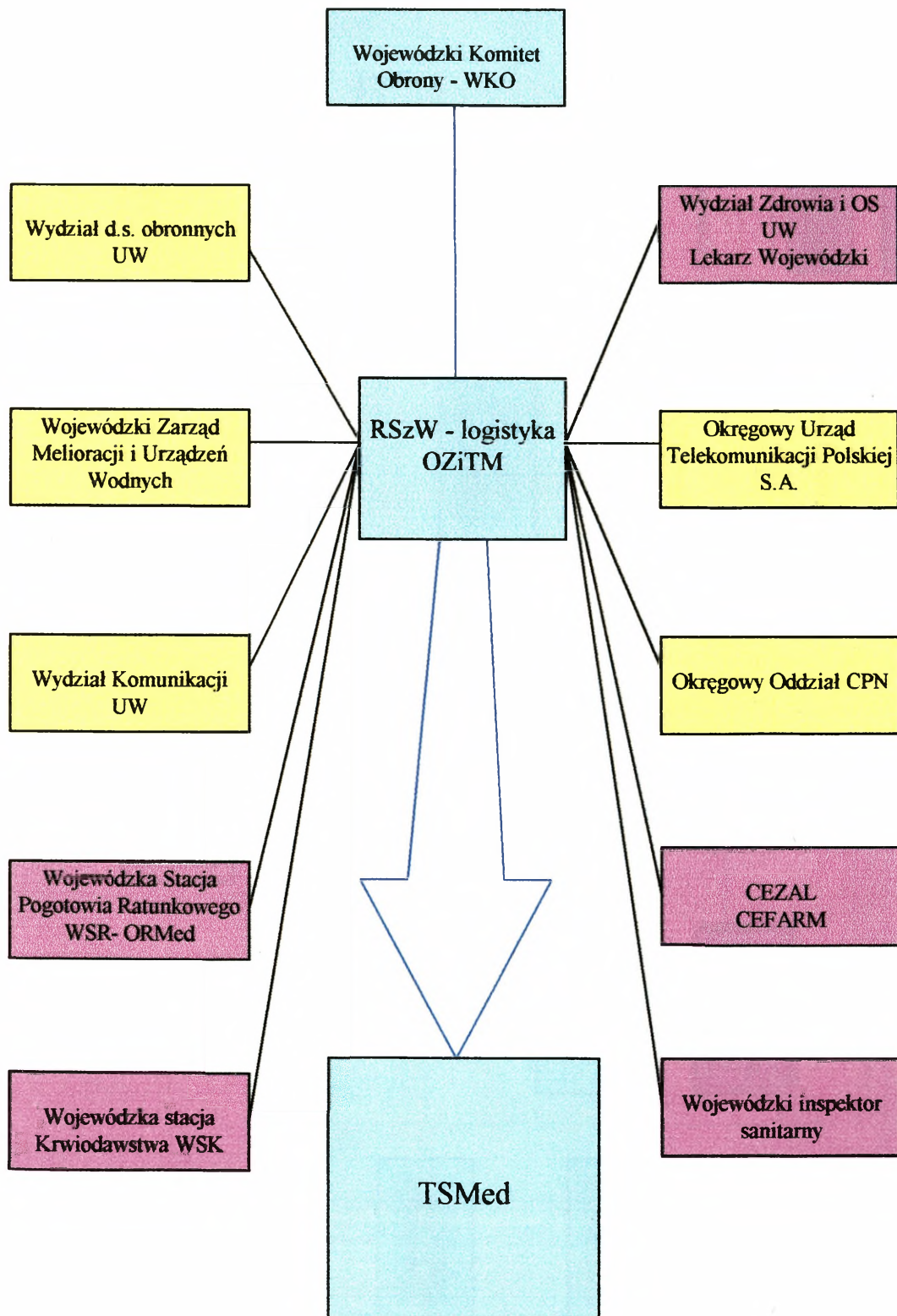
Organem wykonawczym poszczególnych decydentów (szefów) będą bezpośrednio im podległe organy kierowania oraz mobilne jednostki (pododdziały) służby zdrowia, potencjał stacjonarny (w wypadku OW) i środki wzmocnienia. Terenową bazą leczniczą szefowie służby zdrowia OW zarządzać będą poprzez Regionalne Sztaby Wojskowe. Dowodzenie potencjałem ruchomym i stacjonarnym odbywać się będzie ze stanowisk dowodzenia: stacjonarnych i ruchomych na szczeblach operacyjnych (OW/K) i ruchomych (polowych) na szczeblach taktycznych.

Istotną rolę odgrywać będzie współdziałanie między szefostwami służby zdrowia okręgów wojskowych i rodzajów sił zbrojnych (POW z MW, wszystkich OW z WLOP). Obejmować ono będzie przede wszystkim zagadnienie koordynacji ewakuacji rannych i chorych do szpitali TSMed, problemy leczenia specjalistycznego i rehabilitacji a także zaopatrzenia medycznego. Podobny zakres obejmować będzie współdziałanie komórek służby zdrowia RSzW ze służbą zdrowia wojsk (ZT, samodzielnych oddziałów) znajdujących się w granicach rejonu odpowiedzialności.

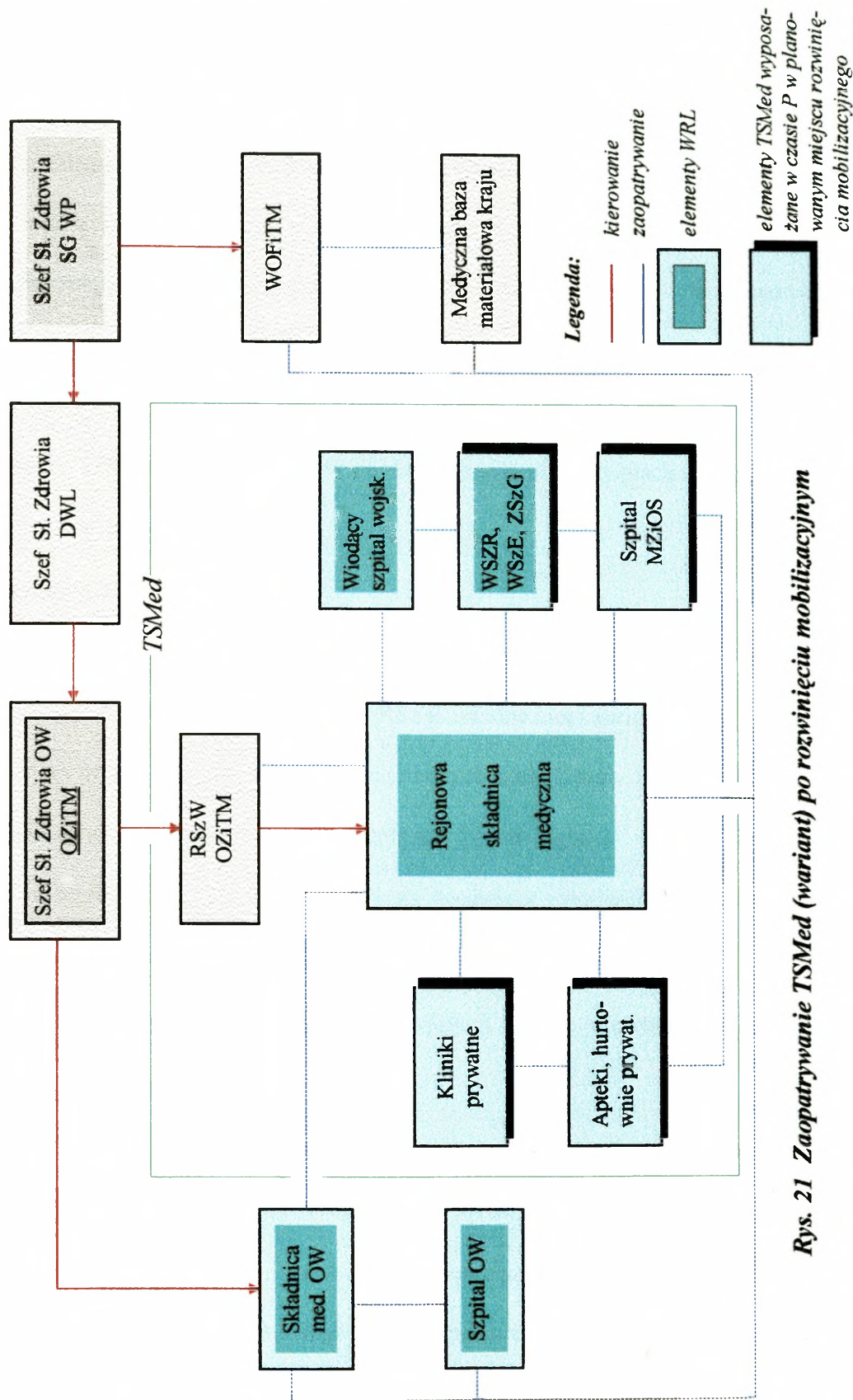
Należy podkreślić bardzo istotne dla jego należytego funkcjonowania szerokie współdziałanie w czasie pokoju poprzez Szefa RSzW z wydziałami Urzędu Wojewódzkiego a przede wszystkim z Lekarzem Wojewódzkim i Wydziałem Zdrowia oraz podległymi im podmiotami gospodarczymi. Organa logistyki RSzW w toku tego współdziałania ustalałyby możliwości infrastruktury medycznej oraz jakość i wielkość jej zasobów (rys. 20).

Współdziałanie z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego pozwoli na pełne i ciągłe bilansowanie stanu i potencjału tej infrastruktury z potrzebami operacyjnymi wojsk i ludności cywilnej. Natomiast współdziałanie z pozostałymi ogniwami gospodarki narodowej działającymi w rejonie odpowiedzialności RSzW na rzecz obronności powinno przyczynić się do opracowania wojennego systemu realizacji i świadczeń dla sił zbrojnych - zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi. Będzie ono również ukierunkowywać konieczne zmiany tych regulacji.

Przewiduję, że zaopatrywanie projektowanego TSMed odbywać będzie w układzie rozproszonym z udziałem Centralnych Organów Logistycznych (rys. 21). Rozwiązanie takie, pod warunkiem precyzyjnego monitorowania przepływu zasobów (MPZ) obniży koszty utrzymania gotowości bojowej systemu i zapewni jego



Rys. 20 Współpraca organów logistyki RSzW z TOARz i podmiotami gospodarczymi na rzecz TSMed



Rys. 21 Zaopatrywanie TSMed (wariant) po rozwinięciu mobilizacyjnym

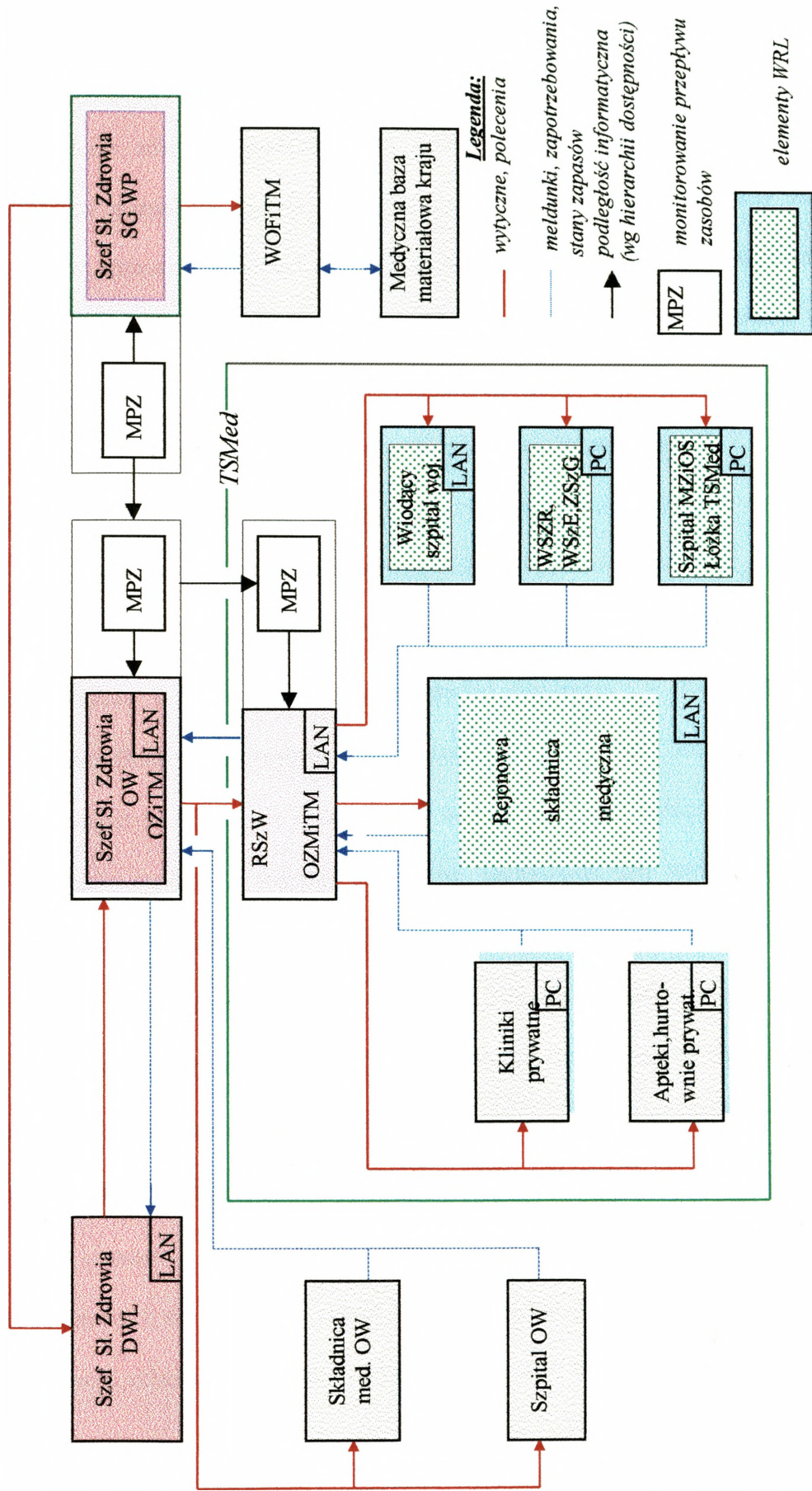
elastyczność oraz odporność na zakłócenia zewnętrzne (np. zrezygnowanie z dużych zapasów zgromadzonych przed wybuchem wojny ułatwi ewakuację elementów TSMed w przypadku zaistnienia niekorzystnej sytuacji operacyjnej). Dla efektywnego działania przy takich założeniach Rejon Logistyczny musi zawierać silną, zdecentralizowaną sieć źródeł zaopatrzenia medycznego-składnic, aptek, hurtowni czy fabryk farmaceutycznych. W zakresie zaopatrywania poprzez COL dysponentem byłby Zarząd Techniczny SG WP poprzez Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej.

Przepływ informacji odbywa się w TSMed w trzech płaszczyznach (rys.22):

- **wytycznych, poleceń;**
- **meldunków, zapotrzebowań;**
- **bieżącego monitorowania przepływu zasobów.**

Wykorzystać należałoby wdrażane do RSzW lokalne sieci komputerowe (LAN) z wyposażeniem peryferyjnym w postaci standardowych komputerów PC. Baza danych powinna znajdować się w komórce informatycznej pionu logistyki RSzW. Wszelka działalność informatyczna musi być prowadzona zgodnie z zasadami korespondencji niejawniej, a transmisja danych odbywać się co najmniej dwutorowo - z wykorzystaniem łączności radiowej i cywilnych (lub wojskowych) sieci telekomunikacyjnych.

Proponowane w niniejszej pracy rozwiązanie systemowe oferuje, w ramach RSzW zabezpieczenie medyczne przede wszystkim operującym w rejonie odpowiedzialności wojskom OT, walczącym, manewrującym lub wyczekującym wojskom operacyjnym a w razie konieczności sferze pozamilitarnej i ludności cywilnej. Tak szeroko postawiony problem nakłada na wszystkie wydziały RSzW - (w obecnej



LAN - lokalna sieć komputerowa (Local Area Network)
 PC - mikrokomputer PC

Rys. 22 Przepływ informacji (variant) w TSMed na tle SZdr SZRP

strukturze operacyjnej, mobilizacji i uzupełnień a zwłaszcza logistyki) szereg istotnych zadań⁸².

Moim zdaniem, podstawowym zadaniem dla TSMed jest mieć udział w stworzeniu warunków do jak najlepszego wykonania zadań przez siły zbrojne i skuteczne odtwarzanie potencjału ludzkiego, będącego podstawą ich wykonania. W stosunku do pionu służby zdrowia ZT współdziałanie i koordynację działań prowadziłby pion służby zdrowia wydziału logistyki RSzW. Ustalenia wynikłe ze współdziałania określałyby potrzeby materiałowe służb medycznych ZT, możliwości produkcyjne i dystrybucyjne podmiotów gospodarczych, możliwości i sposoby ich wykorzystania na rzecz wojsk operacyjnych i TSMed. Propozycje wykorzystania zasobów infrastruktury medycznej byłyby przesyłane do organów logistyki OW w celu zatwierdzenia. Rozwiązanie takie w przypadku zagrożenia i w początkowym okresie wojny umożliwi szybką realizację składanych przez ZT do OW zapotrzebowań - gdyż organa logistyki RSzW nie będą musiały na polecenie OW wyszukiwać obiektów do rozwinięcia szpitali a jedynie potwierdzą możliwości ich wykorzystania - przy współdziałaniu z urzędem wojewódzkim i organami układu pozamilitarnego.

W czasie przemieszczania się wojsk oraz dla sił przebywających w rejonach operacyjnego rozwinięcia szef RSzW proponowałby do wykorzystania za aprobatą OW, szefom służby zdrowia ZT obiekty infrastruktury medycznej znajdujące się w jego rejonie odpowiedzialności.

Uważam, że dla elastyczności i dynamiki działań TSMed w okresie zmieniających się sytuacji w czasie wojny, szefowie służby zdrowia ZT powinni mieć możliwość składania zapotrzebowań bezpośrednio do swoich odpowiedników w RSzW.

⁸² J. Komański, J. Babula: Doświadczenia wynikające z organizacji RSzW, Myśl Wojskowa /T 2/1993.

Obowiązkiem organów logistyki RSzW w takim przypadku byłoby niezwłoczne poinformowanie OW o podjętych działaniach.

W przypadku niemożności realizacji złożonych zapotrzebowań wykorzystaniem terenowej infrastruktury jednostki administracyjnej (województwa, starostwa, być może zaistnieje nowa nazwa)⁸³, szef logistyki RSzW powinien zwracać się do OW z prośbą o pomoc - jednocześnie wskazując sposób wykorzystania zasobów np. województw ościennych.

W okresie pokojowym pion służby zdrowia logistyki RSzW, współdziałając z Wydziałem Służby Zdrowia UW mogłyby przygotować jego kierownicze kadry do wykonywania zadań związanych z funkcjonowaniem TSMed w warunkach zagrożenia i wojny.

W toku tego współdziałania możliwe byłoby ustalenie harmonogramu niezbędnych przedsięwzięć, których wykonanie zapewniłoby sprawne osiągnięcie gotowości TSMed do przyjęcia chorych i rannych, funkcjonowanie systemu podczas trwających działań wojennych i po ich zakończeniu. Ważnym będzie tu posiadanie danych o:

- **systemie pracy szpitali MZiOS, przychodni, klinik, gabinetów w okresie zagrożenia i wojny oraz w czasie osiągnięcia gotowości;**
- **możliwości wydzielenia z tych placówek wymaganej sytuacją operacyjną ilości łóżek na potrzeby SZ;**
- **źródeł i możliwości pozyskiwania materiałów farmaceutycznych, medycznych, krwi i płynów krwiopochodnych;**
- **lokalizacji tych źródeł w terenie;**

⁸³ Trwa dyskusja między ugrupowaniami politycznymi o przyszłym kształcie administracyjnym Polski (styczeń 1997). Debata sejmowa w dn. 5.02.98

- przydziałach mobilizacyjnych personelu przewidywanego do pracy w TSMed.

Pomoc medyczna niesiona przez elementy TSMed ma różny charakter w stosunku do jej różnych adresatów. Dla wojsk operacyjnych działających na jego obszarze stanowi element zaplecza bądź „drugiego rzutu” - dzieje się tak dlatego, że ZT posiadają autonomiczne szpitale polowe występujące jako DPO, BPO, kompania wzmocnienia medycznego, kompania szpitalna. TSMed w pełni zaczyna działać od wtedy, gdy w wyniku ich przepełnienia lub niemożności wykonania zabiegów specjalistycznych, a także zmiany sytuacji operacyjnej konieczne jest przekazanie „nadwyżki” rannych z DPO, BPO do jego elementów. Inaczej rzecz przedstawia się z wojskami OT. Nie posiadają one autonomicznej bazy szpitalnej i wobec tego w całości muszą korzystać z elementów TSMed. W przypadku ludności cywilnej i sfery pozamilitarnej działalność medyczna zasadniczo skupia się w placówkach społecznej lub rejonowej służby zdrowia (szpitale MSWiA, kolejowe, górnicze itd.). Jedyne w szczególnych przypadkach, np. masowych strat sanitarnych szpitale TSMed będą przyjmować chorych i rannych tej grupy (rys 16).

Uważam, że szpitale WRL (rezerwowe, ewakuacyjne) mogą, jako stosunkowo mobilne w miarę możliwości być ewakuowane stosownie do rozwoju sytuacji operacyjnej w rejonie. Decyzję o tym powinien podejmować pion operacyjny OW.

Ważnym zagadnieniem jest w TSMed transport sanitarny. Jego podstawą są pojazdy pozyskane w ramach świadczeń z gospodarki narodowej. Po wyposażeniu ich w specjalistyczne urządzenia („urządzenie adaptacyjne”) zostaną rozdysponowane przez RSzW do użytkowników. Zasady ich pozyskiwania i eksploatacji reguluje

Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 6.09.1993r. w sprawie świadczeń na rzecz obrony (Dz. U. Nr 85 poz. 397).

Należy zwrócić uwagę, aby przy przystosowaniu tych pojazdów nie pominąć ich oznakowania jako sprzętu służby zdrowia - zgodnie z normującymi to zagadnienie przepisami. Ze względu na uproszczenie eksploatacji środków transportu sanitarnego uważam, że powinny posiadać one, wydawane i rozliczane centralnie nie przez RSzW talony umożliwiające tankowanie we wszystkich stacjach paliwowych - wojskowych i cywilnych. Zasady rozliczeń i utrzymanie rezerw paliw na potrzeby SZ regulować powinny odrębne przepisy i umowy międzyresortowe.

Dla funkcjonowania TSMed, oprócz opisanych wyżej czynników istnieć musi zaplecze logistyczne w postaci sprzętu kwaterunkowego, służby mundurowej i żywnościowej. Może ono być dyslokowane w rejonowych składnicach medycznych, tak jak jest to dotychczas w systemie WRL.

Moim zdaniem, wobec faktu, że lokalizacja szpitali TSMed jest planowana w czasie pokoju w różnych obiektach stacjonarnych, w obiektach tych powinno gromadzić się również ich podstawowe wyposażenie. Jak wynika z moich doświadczeń, załadowanie tylko wyposażenia medycznego jednego szpitala rezerwowego, przewiezienie na odległość 30 km i rozwinięcie wymaga w warunkach pokojowych 6-ciu samochodów ciężarowych STAR 266 z przyczepą i przy zatrudnieniu 10-ciu ludzi zajmuje ok. 20 godzin. Wypraktykowano (ćwiczenia listopad 1997) że 10-ciu żołnierzy jest ilością optymalną ze względu na możliwości załadunkowe.

Jeżeli dodać do tego ewentualną konieczność przewozu sprzętu innych służb do miejsca rozwijania szpitala, to możliwość osiągnięcia gotowości do przyjęcia rannych w sensownym czasie staje się wątpliwa. Należy również dodać, że w warunkach

wojennych, pomimo planowania wykorzystania dróg, nastąpi szereg utrudnień. Historia wojen pokazuje, że nie są wykluczone również rozdzielania i zaginięcia części kolumn transportowych⁸⁴ a przypadek np. zagubienia urządzenia destylująco - sterylizującego (UD-2) wyklucza w zasadzie działanie szpitala, przynajmniej z obecnym wyposażeniem wielokrotnego użytku. Jeżeliby natomiast sprzęt ten, przynajmniej w swej podstawowej masie zgromadzić w bezpośredniej bliskości, bądź w obiektach przeznaczonych na szpitale czasu „W”, powyższych problemów zapewne można by uniknąć.

W przypadku przyjęcia takiego rozwiązania całość nawet szkieletowego wyposażenia szpitala byłaby okresowo przeglądana, uzupełniana i konserwowana na polecenie pionu logistyki RSzW np. siłami personelu Wydziału (Sekcji) Remontów wiodącego szpitala wojskowego lub siłami technicznymi Sekcji Przechowywania ZW Rejonowej Składnicy Medycznej. W wypadku zagrożenia bądź wojny do pełnego rozwinięcia szpitala rezerwowego należałoby jedynie dowieźć brakujące elementy drobnego wyposażenia - leki, płyny infuzyjne, zapas krwi i bieliznę operacyjną. Wcielanie personelu, mundurowanie i wyposażenie go, jak sędzę, również powinno odbywać się w rejonie rozwijanego szpitala w oparciu o załączki wydzielane ze szpitala wiodącego.

Uważam, że planowanie dyslokacji szpitali, co obecnie jest mocno preferowane, w koszarach opuszczonych przez wojska operacyjne nie jest rozwiązaniem najszcześniejszym. W okresie od wyjścia z nich wojsk do rozwinięcia szpitala, z racji dokładnego rozpoznania przez przeciwnika są one szczególnie narażone na zniszczenie. Wprawdzie, co jest paradoksem historycznym budynki koszarowe są najtrwaszymi

⁸⁴ T. Jurga, W. Karbowski: Armia „Modlin” MON, Warszawa 1987 str.123, 276

budowlami istniejącymi przez liczne wojny, jednak, jak sędzę, nie można na tym opierać planowania operacyjnego.

Podsumowując powyższy rozdział należy zwrócić uwagę na ogólne zasady współpracy cywilnej służby zdrowia ze służbą zdrowia sił zbrojnych. Wynikają one z potrzeb operacyjnych i są efektem wielostronnych ustaleń międzyresortowych, regulacji prawnych i porozumień lokalnych między organami administracji wojskowej, rządowej i samorządowej.

W wojskowej służbie zdrowia zatrudnione jest ok. 3 % stanu całego personelu medycznego. Na czas wojny przewiduje się wcielenie dalszych 3 % personelu medycznego i ok. 3-krotne zwiększenie liczby łóżek (do 24 tys.) w szpitalach stałych oraz rozwinięcie 30 tys. łóżek w szpitalach rezerwowych i polowych (WSzR).

W szpitalach cywilnych wydziela się na potrzeby SZ ok. 75 tys. łóżek, co stanowi ok. 35 % stanu pokojowego jak również przekazuje do dyspozycji SZ 3 tys. chirurgów. Oprócz tego, na potrzeby rozwijanych w czasie wojny szpitali ewakuacyjnych (WSzE) cywilna służba zdrowia w ok. 70 punktach na terenie kraju przechowuje sprzęt i materiały medyczne oraz dyspozycyjną rezerwę leków.

Jeżeli chodzi o dostawy krwi konserwowanej, to cywilna służba krwi zobowiązana jest do dostarczenia wojskom natychmiastowo ok. 4 tys. litrów, a w dostawach późniejszych 2 razy więcej. W razie niepomyślnego rozwoju działań bojowych może okazać się, że należy służbę zdrowia sił zbrojnych coraz bardziej wspierać cywilną służbą zdrowia. Ze względu na możliwe wystąpienie ognisk strat masowych może także wystąpić w określonym rejonie konieczność działania odwrotnego. Okoliczności te determinują wybór wariantu rozwinięcia TSMed i ilości wykorzystanych jego elementów.

Uważam, że elastyczność tego systemu w zupełności zapewnia taką możliwość a podkreślić należy, że przewidywane wyżej sytuacje miały miejsce w historii wojen tj. oblężenie Warszawy 1939, blokada Leningradu, Powstanie Warszawskie, oblężenie Wrocławia 1945r.

Niezwykle ważnym dla proponowanego przeze mnie TSMed jest jego funkcjonowanie po zakończeniu wojny⁸⁵. Tak względy humanitarne, jak i uwarunkowania prawne wynikające z obowiązujących Polskę konwencji genewskich i haskich nakładają obowiązek leczenia, rehabilitacji i otaczania opieką poszkodowanych w wyniku działań wojennych. Po demobilizacji, rannych i chorych znajdujących się w szpitalach wojskowych dalszą opieką obejmuje państwowa służba zdrowia. Zobowiązana jest wyleczyć ich i zapewnić rehabilitację; również państwo bierze na siebie obowiązek alimentacyjny wobec sierot. Pozostałe ofiary wojny, które nie mogą być „wchłonięte” przez tę służbę, mogą być leczone w pozostałych, funkcjonujących po demobilizacji elementach leczniczych wojskowej służby zdrowia. Wynika z tego, że przejście ze **stanu wojny do stanu pokoju** dla TSMed będzie dłuższe niż dla innych systemów a czas ten warunkować będą ilości rannych i chorych znajdujących się w szpitalach, profil obrażeń i możliwości lecznicze systemu medycznego.

⁸⁵ A.A. Babakow: Siły zbrojne po zakończeniu wojny (1945-1986). Moskwa 1987. AON
A. A. Antonow: O demobilizacji starszych roczników armii czynnej. Moskwa 1945.AON

Rozdział 5. ŚRODKI MATERIAŁOWO - TECHNICZNE TERYTORIALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO

Przedstawione w poprzednich rozdziałach rozważania miały charakter teoretyczny i prowadziły, zgodnie z logiką postępowania planistycznego do opracowania zasad organizacji i funkcjonowania TSMed. Poniższe zaś propozycje są natomiast niezwykle ważne ze względów praktycznych, bowiem w przypadku ich rzeczywistego wykorzystania mają, oprócz oczywistego znaczenia dla służby zdrowia, bardzo głębokie skutki finansowe. Uważam, że tak jak w przypadku rozwiązań systemowych, rozwiązania materiałowo-techniczne dla TSMed mają podstawowe znaczenie.

Problemy materiałowo-techniczne dotyczą:

- **sprzętu medycznego** (specjalistycznego). W grupie tej znajduje się aparatura diagnostyczna i terapeutyczna. Są to również narzędzia chirurgiczne, aparatura podtrzymania i monitorowania życia a także specjalistyczne urządzenia pomocnicze. Przykładem może być sprzęt rentgenowski (diagnostyczny), elektromagnesy chirurgiczne (terapeutyczne) do usuwania odłamków, stoły operacyjne, szyny Grucy, wyposażenie oddziałów reanimacyjnych (ale także np. sprzęt do dializy otrzewnowej, przetaczania krwi itp.). Specjalistycznym urządzeniem pomocniczym może być np. lancetron, dermatom, mikroskop, sterylizator bądź autoklaw;

- **sprzętu ogólnego przeznaczenia**, czyli łóżek szpitalnych, pościeli, środków higieny i służby mundurowej oraz żywnościowej. Należy dążyć do pewnego uniezależnienia wojskowego systemu medycznego od systemów cywilnych, a zatem przewiduje się zorganizowanie pralni polowych, piekarni, stacji uzdatniania wody i

studni głębinowych (sprzęt saperski) jak również rezerwowych źródeł energii elektrycznej (agregaty prądotwórcze);

- **środków transportowych.** Mam tu na myśli środki przewozu i ewakuacji rannych. Będą to środki etatowe, a przede wszystkim pozyskane z GN pojazdy i przystosowane do eksploatacji w wojsku maszyny robocze. Należy dążyć do pozyskania dla potrzeb systemu medycznego środków transportu lotniczego. Istnieje potrzeba posiadania głównie środków transportu wielonoszowego. W grupie środków transportowych wystąpią również pojazdy służące do przewozu sprzętu medycznego (zestawów) rozwijanych WSzR, WSzE itp. jak również innego wyposażenia tych szpitali - będą to samochody ciężarowe wysokopodwoziowe (STAR 266, KAMAZ, Jelcz, LIAZ) ;

- **środków dowodzenia,** czyli sprzętu łączności i komputerowego zobrazowania sytuacji bojowej oraz wyposażenia SD (AS, namioty, sprzęt) ;

- **leków i materiałów opatrunkowych.**

Jak wcześniej wykazałem (IV rozdział), potencjał fachowych sił medycznych Polski jest stosunkowo duży, natomiast potencjał materiałowo-techniczny jest tego biegunem przeciwnym. Prawda jest taka, że łóżek w szpitalach jest za mało, sprzęt jest wyeksploatowany, środki finansowe są ograniczone, występuje brak nowoczesnej łączności i informatycznego wspomaganie kierowania. Tym bardziej więc należy zespolic wysiłki specjalistów cywilnych i wojskowych, aby posiadanymi środkami zaspokoić potrzeby operacyjne sił zbrojnych w zakresie zabezpieczenia medycznego czasu wojny.

Środki materiałowo-techniczne TSMed można podzielić na występujące w siłach zbrojnych i używane przez ich służbę zdrowia w czasie pokoju, oraz potrzebne

do mobilizacyjnego rozwinięcia i do zabezpieczenia funkcjonowania systemu w czasie wojny (rys. 23).

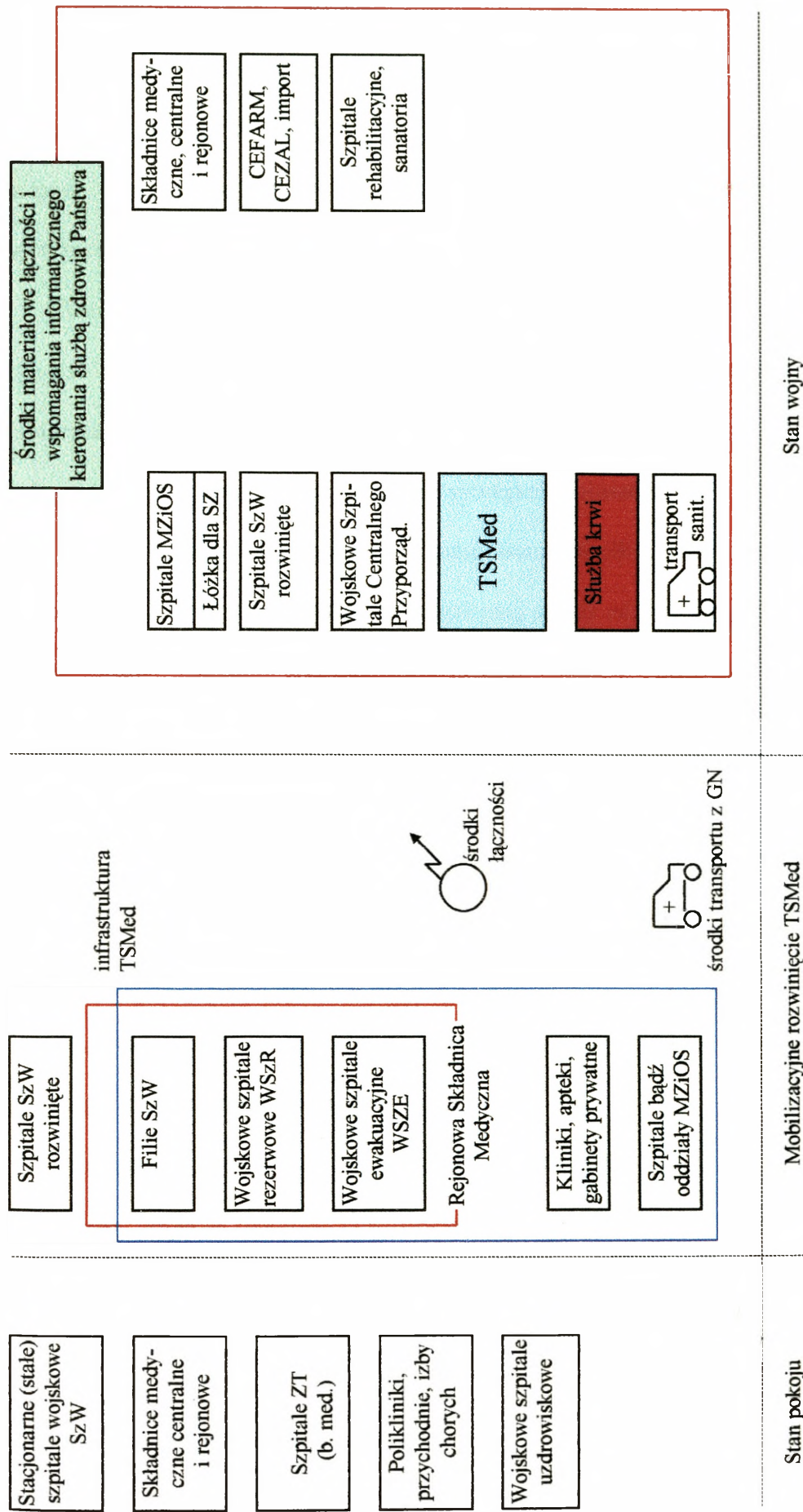
W czasie pokoju środki materiałowo-techniczne stanowią przede wszystkim stałe wyposażenie szpitali wojskowych, poliklinik i pododdziałów medycznych ZT. Funkcjonuje wówczas etatowy transport sanitarny a zaopatrywanie w leki i środki opatrunkowe odbywa się bądź poprzez realizację zakupów centralnych, bądź ze środków uzyskanych u dostawców branżowych, z uwzględnieniem „Ustawy o zamówieniach publicznych”.

Na infrastrukturę w tym okresie składają się szpitale, hurtownie farmaceutyczne, apteki oraz wszystkie wcześniej planowane obiekty stacjonarne (szkoły, hotele, koszary). Łączność na potrzeby służby zdrowia działa na bazie sieci Telekomunikacji Polskiej (TPSA) i Garnizonowych Węzłów Łączności (GWŁ). Brak jest natomiast systemu informatycznego służby zdrowia współpracującego z siecią dowodzenia SZ RP.

Jeśli chodzi o aparaturę i sprzęt medyczny to jego olbrzymia różnorodność w całej służbie zdrowia okresu pokoju uniemożliwia jakiegokolwiek działania systemowe. Sytuacja taka jest z jednej strony skutkiem wieloletnich, przypadkowych zakupów, z drugiej zaś nikłymi środkami przeznaczanymi na ten cel.

Jako godną uznania należy podkreślić samodzielną inicjatywę Wydziału Zaopatrzenia Medycznego CSK WAM. Otóż od 1996 roku każdy zakup sprzętu, biorącego udział w procedurze przetargowej związany jest z jego możliwościami użycia w działaniach bojowych. Okazuje się⁸⁶, że oferenci znanych światowych firm medycznych, na wyraźne żądanie kupującego, są w stanie przedstawić rekomendacje i

⁸⁶ Opinie z USAF, Min. Obrony Kanady, Sił Lotniczych Nowej Zelandii. Zła jakość ze względu na kopiowanie z korespondencji faxowej.



Rys. 23 Środki materiałowe zabezpieczenia medycznego SZ w czasie pokoju, rozwinięcia mobilizacyjnego i wojny

wyniki prób oferowanych urządzeń w siłach zbrojnych (aneks 3). Ze względu na perspektywę przyjęcia Polski do NATO sprawdza się w przetargu m.in. wyniki badań w USAF, Bundeswehrze, US NAVY czy w innych armiach Paktu. Ten sposób realizacji zakupów powinien w perspektywie dać wyposażenie szpitali kompatybilne ze stosowanymi w siłach zbrojnych NATO.

Punktem wyjściowym do planowania modernizacji bazy szpitalnej na obszarze kraju powinna być jednoznaczna koncepcja użycia sił zbrojnych w **okresie zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny**. W świetle dążenia Polski do NATO, w dalszych działaniach należałoby uwzględnić również wymagania sojuszowe⁸⁷.

Z koncepcji tej wyniknie sposób urzutowania, wielkość, asortyment i zasady funkcjonowania składnic materiałowych wojskowej służby zdrowia. Moim zdaniem, w obliczu nowej sytuacji strategicznej państwa, należy generalnie dążyć do zdecydowanego rozśrodkowania zapasów i gromadzić je w systemie terytorialnym.

Działania okresu pokojowego realizowane przez instytucje wojskowe mają w większości charakter organizacyjno-przygotowawczy. Z punktu widzenia zabezpieczenia medycznego należy przygotować wykaz obiektów możliwych do wykorzystania jako baza szpitalna czasu wojny. W TSMed będą to szkoły, hotele, internaty, sanatoria, obiekty sportowe itp. W wyborze miejscowości (obiektu) powinny być uwzględnione następujące czynniki (wymogi)⁸⁸:

- miejscowość nie powinna być siedzibą większych jednostek i instytucji wojskowych, organów (węzłów) kolejowych oraz zakładów pracy mających znaczenie obronne;

⁸⁷ B. Balcerowicz: Polska Zbrojna 21/ maj 1997 str. 9

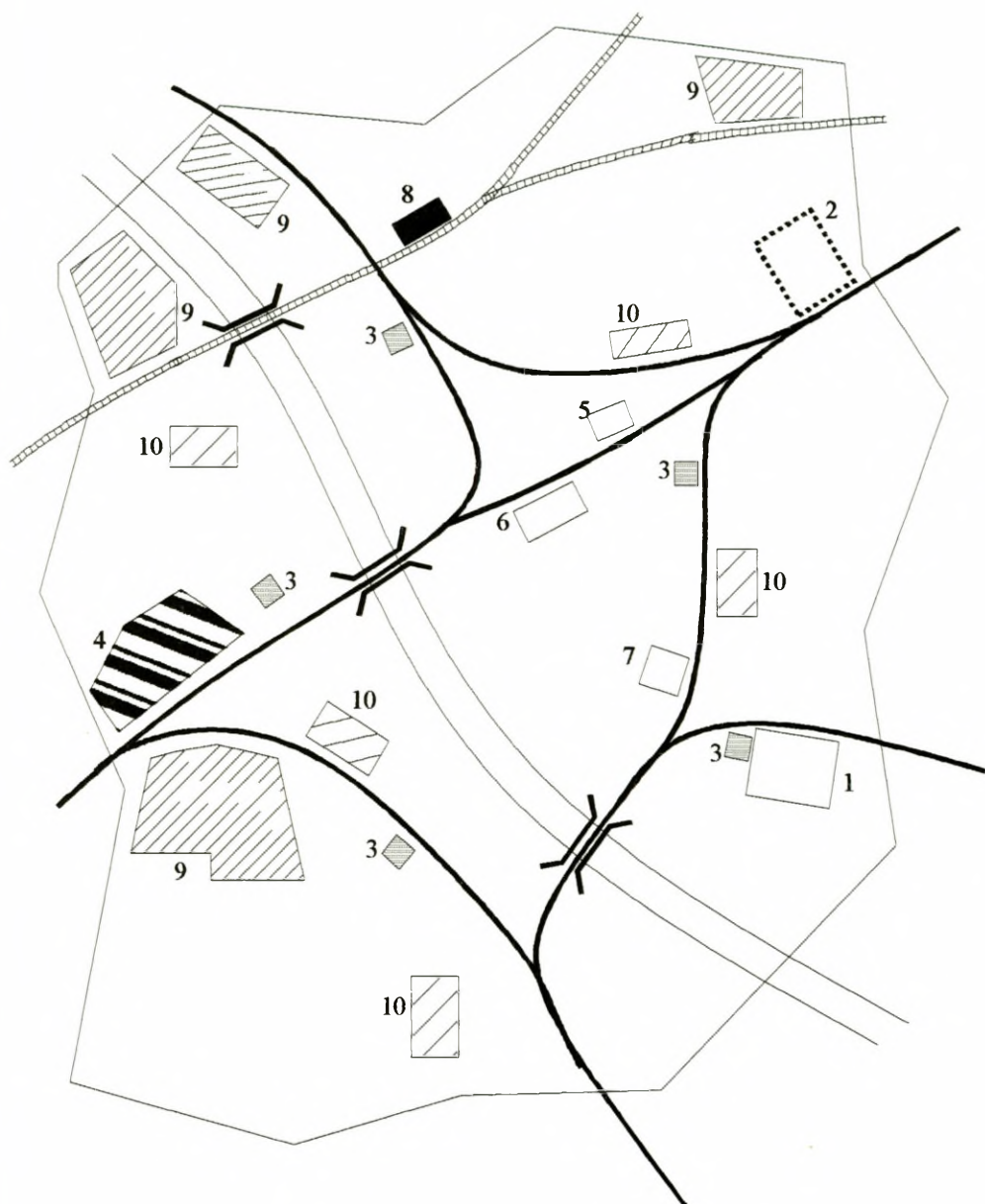
⁸⁸ W. Rycerski, B. Kawalec: Rozwijanie wojskowych szpitali stacjonarnych czasu wojny, Myśl Wojskowa 6/1997 str. 83

- odległość typowanego obiektu od szpitala miejskiego średniej wielkości (200 łózek) nie powinna być duża;
- sieć komunikacyjna powinna umożliwiać łatwą ewakuację w razie niepomyślnej sytuacji operacyjnej;
- istnienie lokalnego potencjału medycznego; lekarze, pielęgniarki, apteka (możliwość zamówienia niezbędnych środków w hurtowni lub składach farmaceutycznych);
- istnienie względnie nowoczesnej sieci łączności;
- dobre warunki do organizacji żywienia personelu medycznego, chorych i rannych.

Wybrany obiekt powinien posiadać także własne ujęcie wody pitnej, zasilanie elektryczne ze źródeł rezerwowych, możliwość autonomicznego ogrzewania i miejsce do urządzenia lądowiska dla śmigłowców sanitarnych. Należy również przewidzieć miejsce do wykonywania zabiegów specjalnych jak również osobne pomieszczenie lub budynek do urządzenia izolatora zakaźnego (rys 24).

Jest oczywistym, że wytypowanie odpowiedniej ilości miejscowości i obiektów, spełniających wszystkie powyższe wymagania w warunkach Polski jest trudne do zrealizowania. Należy wobec tego, wybierać takie obiekty i miejscowości, które mają najlepsze warunki lub przy zminimalizowaniu nakładów można je do tych wymagań dostosować.

Obowiązkiem zbierania i aktualizacji danych o infrastrukturze medycznej w regionie obarczone są pionierzy logistyki RSzW. Działania przystosowujące infrastrukturę prowadzone będą przez instytucje wskazane decyzją administracyjną i finansowane z funduszu obronnego TOARz (województwo).



Legenda:

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| 1 - szpital miejski | 6 - urząd miejski |
| 2 - terenowy szpital wojskowy | 7 - komenda policji |
| 3 - apteka | 8 - stacja kolejowa |
| 4 - jednostka wojskowa | 9 - zakład pracy |
| 5 - WKU | 10 - szkoła |

Rys. 24 Charakterystyka miejscowości przewidzianej do rozwinięcia terenowego szpitala wojskowego

Inaczej niż w szpitalach funkcjonujących w czasie pokoju (cywilnych i wojskowych) przedstawia się wyposażenie **szpitali rezerwowych**, zgromadzone najczęściej w rejonowych bądź centralnych (WOFiTM) składnicach medycznych. Występuje tu pełna unifikacja sprzętu i leków, występującego w tzw. zestawach medycznych. Niestety, tu także odczuć można „zaszłości” z okresu przynależności Polski do Układu Warszawskiego. Mianowicie sprzęt z zestawów jest pozostałością po szczeblu operacyjnym, jakim była wówczas Baza Szpitalna Frontu. Przystosowanie go do nowych zasad użycia wymaga prac studyjnych, nowych ustaleń regulaminowych (instrukcyjnych) i ogromnych nakładów finansowych. Jak wynika z doświadczeń⁸⁹, stosunkowo łatwo w oparciu o niektóre zestawy rozwija się kilkusetłóżkowy, wieloprofilowy szpital rezerwowy (WSzR) - trudniejszym natomiast jest włączenie go do kompleksowego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych.

Aktualnie najnowszym dokumentem wykonawczym, normującym wyposażenie zestawów medycznych, jest I i II-gi tom opracowania p.t. „Zestawy medyczne i weterynaryjne na czas wojny” (wyd. 1979r. i 1982r.) Zdr 198/80. Ogólnie zestawy te dzielą się na:

- lekarskie - 36 pozycji
- stomatologiczne - 4 pozycje
- laboratoryjne - 30 pozycji

Ponadto występują apteczki i torby medyczne, pakiety indywidualne, komplety i zestawy weterenaryjne. Każdy z nich zapakowany jest w jedną lub więcej skrzyń znormalizowanych i może ważyć do 60 kg (stoły operacyjne) lub jako element na podwoziu kołowym (urządzenie UD-2) być ciągnionym przez samochód ciężarowy.

⁸⁹ Ćwiczenia mobilizacyjne z rozwijaniem WSzR na bazie CSK WAM, Warszawa grudzień 1996, listopad 1997.

Dokumentem roboczym do ukompletowania, zmiany zawartości lub rozformowania jest „Należność szpitala” (aneks 4).

Zamysł organizacyjny budowania szpitali w oparciu o zunifikowane zestawy medyczne nie jest nowy - w pełni był realizowany przez służbę medyczną Wehrmachtu w latach II wojny światowej, przez siły zbrojne koalicji, a wojna koreańska ostatecznie go zweryfikowała i wykazała jego skuteczność. Niestety, mimo przeformowań i unowocześnień, zestawy występujące w SZ RP w swojej głównej masie skompletowane są na podstawie tych już nieco przedawnionych doświadczeń. W związku z tym zasadniczy nacisk położony jest na sprzęt operacyjny chirurgii twardej i szeroki profil wyposażenia opatrunkowego.

Jako relik z czasów Układu Warszawskiego należy potraktować powszechnie występujące np. strzykawki szklane typu Record (wielokrotnego użytku), skalpele wielokrotnego użytku (z kamieniem do ich ostrzenia nr ISM 113-1340!), dreny gumowe lub np. kroplomierz do otwartej narkozy eterowej (SWW 0971-219 z zestawu „Komplet operacyjny duży”). Nie twierdzę, że sprzętem takim nie można operować, ale jak wynika z wywiadów z lekarzami powoływanymi na ćwiczenia (wiek 30 - 40 lat) nigdy podobnego wyposażenia nawet nie widzieli, nie mówiąc o jego stosowaniu⁹⁰.

Należy ponadto stwierdzić, że sformowany na bazie opisywanych zestawów medycznych WSZR, wieloprofilowy na ok. 300 łóżek ma żenująco ubogą aparaturę diagnostyczną (aneks 4). Przyjmuje się, że będzie on rozwijany w pobliżu szpitala miejskiego - cywilnego i tam będzie się odbywać działalność diagnostyczna.

Moim zdaniem, w obecnych warunkach, jest to pogląd z gruntu fałszywy, gdyż:
- zakłada nadmiar możliwości diagnostycznych szpitali MZiOS, co nie jest prawdą;

⁹⁰ Np. ankiety z ćwiczeń. Aneks 1

- zakłada, że WSzR ma możliwość przewożenia chorych i rannych, a ci nie poniosą w związku z tym dodatkowego uszczerbku na zdrowiu; co jest sprzeczne i zasadami sztuki lekarskiej.

Uważam zatem, że nie można planować skutecznego działania Wojskowych Szpitali Rezerwowych wyłącznie w oparciu o będące aktualnie na wyposażeniu SZ zestawy medyczne zapasu wojennego. Zdając sobie sprawę z wiążących się z tym wydatków, twierdzę, że należy:

- dokonać gruntownej weryfikacji posiadanych zestawów medycznych z punktu widzenia ich dalszego wykorzystania (uzupełnienia);

- wprowadzić do zestawów sprzęt jednorazowy, nie wymagający sterylizacji, konserwacji i szczególnych warunków przechowywania - taki, jak powszechnie występuje w lecznictwie cywilnym;

- zrezygnować z wytwarzania płynów infuzyjnych, krwiopochodnych i niektórych leków. W działaniach na własnym terenie wszystko to występuje w sieci zaopatrywania cywilnej służby zdrowia, którą po uregulowaniach prawnych i finansowych można będzie skutecznie wykorzystać;

- położyć nacisk na zakup nowoczesnej aparatury diagnostycznej, kompatybilnej ze stosowaną w szpitalach MZiOS jak również klinikach i przychodniach prywatnych. To samo dotyczy innego sprzętu medycznego, jak np. aparatury anestezyjologicznej czy intensywnego nadzoru medycznego.

Nie ulega wątpliwości, że u progu wstąpienia Polski do NATO trzeba w taki właśnie sposób planować reorganizację systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Ze względów operacyjnych należałoby również zwrócić uwagę na rozwiązania powszechnie przyjęte w armiach zachodnich. W Bundeswehrze np.

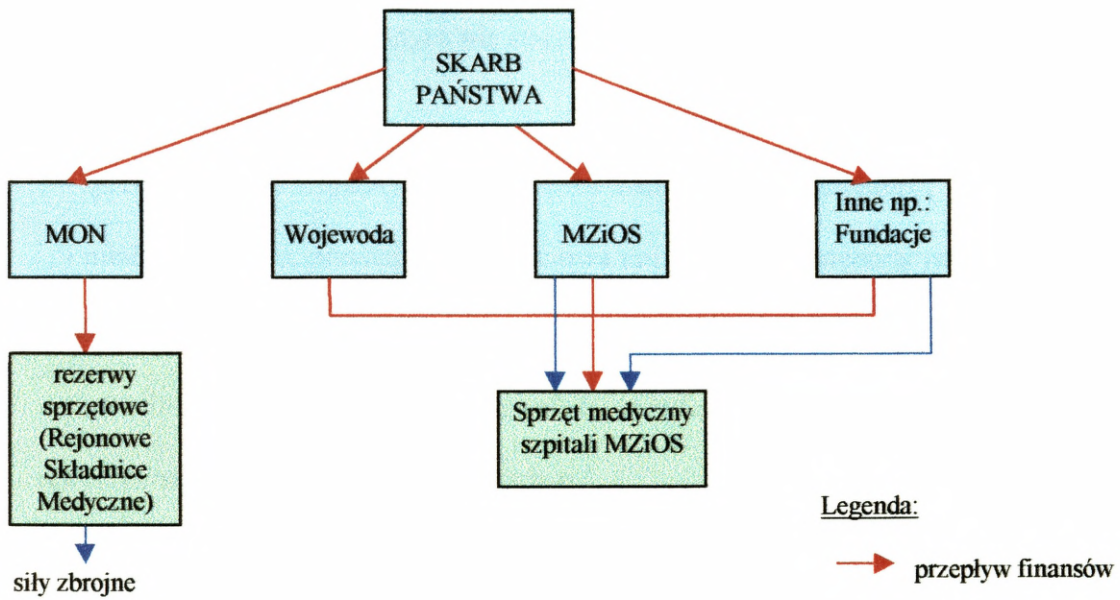
elementy szpitali polowych, z pełnym wyposażeniem, umieszcza się w standardowych kontenerach. Realizując rozwinięcie mobilizacyjne kontenery te dowożone są typowymi pojazdami w rejon działania i tu odpowiednio zestawione tworzą infrastrukturę dużego szpitala polowego (aneks 5). Korzyści płynące z takiego rozwiązania są oczywiste.

Bardzo interesującym jednak jest stwierdzenie, ogłoszone na kursie planowania medycznego NATO, wobec przedstawicieli Sił Zbrojnych RP⁹¹, że najbardziej zapóźnioną służbą PAKTU wobec współczesnych wymagań, jest służba zdrowia. Prawie zupełnie nie występuje interoperacyjność, natomiast zaznaczają się duże różnice w służbach medycznych sił zbrojnych państw członkowskich. Ze strony Polski bardzo optymistycznym jest fakt stworzenia **Szpitala Polowego Kwatery Głównej**, który gotowość do działania osiągnął w 1997r⁹².

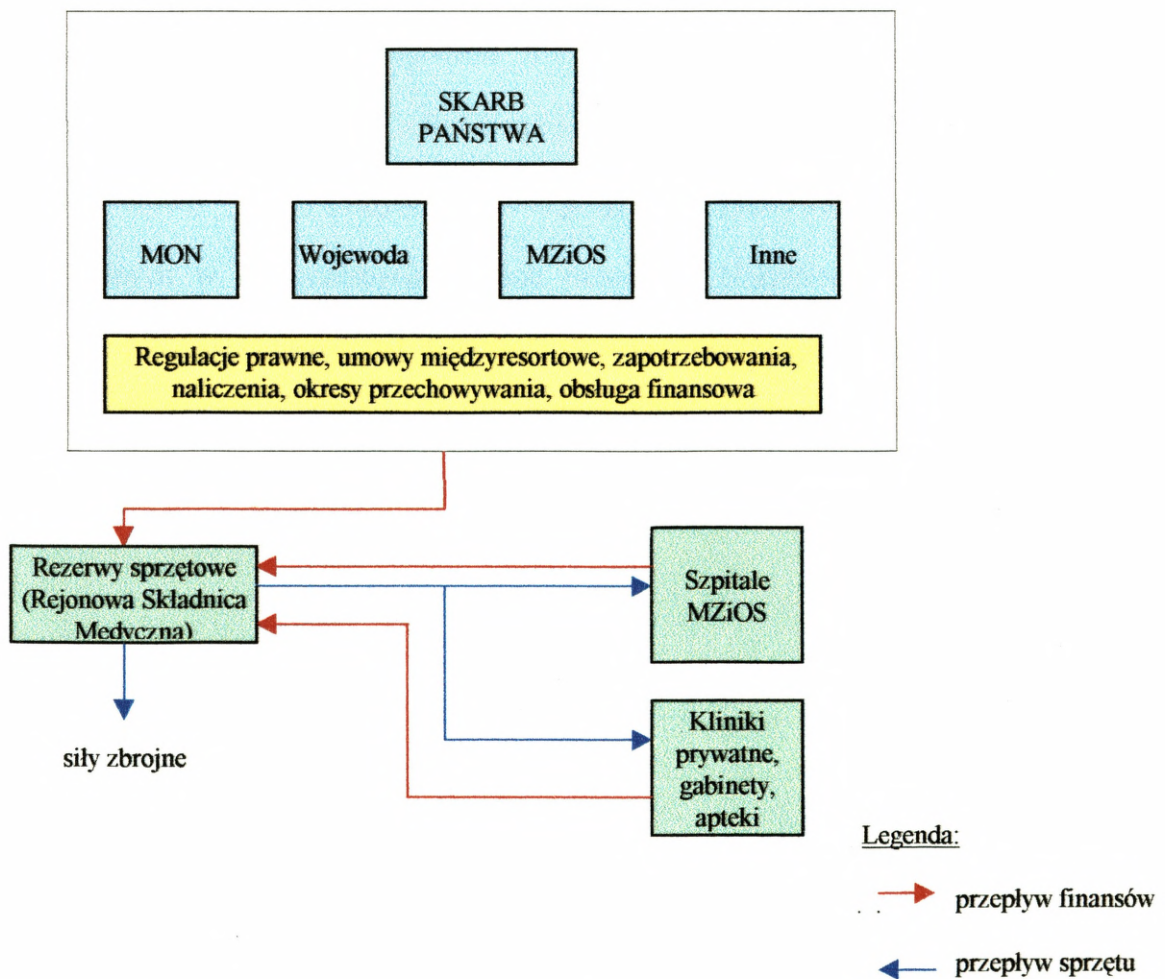
Moją propozycją w rozwiązaniu powyżej opisanych niedoskonałości obecnego stanu środków materiałowych służby zdrowia czasu wojny byłaby zmiana organizacji zaopatrywania w sprzęt medyczny. Obecnie wyposażenie dla szpitali wojskowych czasu wojny (WSzR i inne) zakupywane jest centralnie ze środków MON (najczęściej) i MZiOS, a klinik prywatnych ze środków właścicieli (rys. 25). Gdyby natomiast sprzęt dla szpitali cywilnych mógł być zakupywany np. ze środków Rejonowej Składnicy Medycznej i po krótkim okresie składowania tam przekazywano by go do szpitali MZiOS (na zasadzie upustów, przy określonych limitach i asortymentach) co dałoby bardzo wymierne korzyści (rys. 26):

⁹¹ Kurs planowania medycznego NATO i państw - członków PDP. Hamburg, Szkoła logistyki Bundeswehry

⁹² H. Szumski: Reformy w SZ RP, Wystąpienie



Rys. 25 Obecny system gromadzenia i finansowania rezerw materiałowych



Rys. 26 Propozycja finansowania i gromadzenia rezerw materiałowych w TSMed w czasie „P”

- sprzęt w zapasach wojennych nie starzałby się moralnie, a był wykorzystywany w cywilnej służbie zdrowia;
- sprzęt w zapasie wojennym zawsze byłby współczesny i I kategorii;
- miałyby miejsce, przynajmniej częściowa unifikacja z występującym sprzętem w szpitalach cywilnych;
- cywilna służba zdrowia otrzymywałaby pełnosprawny sprzęt po niższej cenie, przez co tworzyłyby się fundusze dodatkowe.

Powyższe rozwiązanie jest niewątpliwie trudne do realizacji - wymaga szeregu regulacji, ale może być potraktowane jako kierunek usprawniający TSMed. Rozwiązanie takie w „Teorii organizacji” nazywa się „magazynem kompensacyjnym”.

Wszystkie poruszone wyżej zagadnienia wskazują na potrzebę zwrócenia bacznej uwagi na całość gospodarki środkami materiałowo-technicznymi systemu zabezpieczenia medycznego. Ponieważ ten właśnie element jest najbardziej kapitałochłonny - należy przyjąć wieloletni program przystosowawczy do współcześnie wymaganych w nowoczesnych armiach rozwiązań. Nakreślenie celów, potrzeb i struktur organizacyjnych w tej dziedzinie powinno, przy założeniu elastyczności, do roku 2012 zaowocować powstaniem współczesnego wyposażenia wojskowych szpitali czasu wojny.

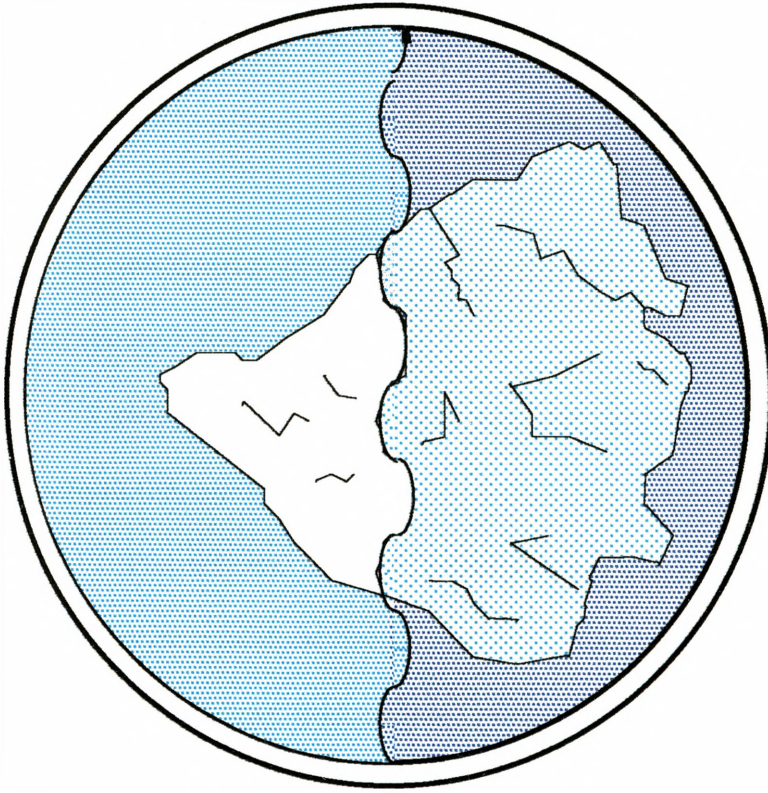
Rozdział 6. STAŁA GOTOWOŚĆ BOJOWA I MOBILIZACYJNA TSMed.

Podstawowymi elementami organizacyjnymi i funkcjonalnymi współczesnych sił zbrojnych są systemy mobilizacyjne⁹³. Ich wyjątkowe znaczenie wynika nie tylko z tego, że w nowoczesnych, głęboko skadrowanych armiach, są i będą one fundamentem ich dyspozycyjności, lecz także z uwarunkowań społecznych i ekonomicznych. Doskonałym zobrazowaniem roli mobilizacji w SZ jest przyjęty w Królewskich Holenderskich Siłach Zbrojnych symbol pływającej góry lodowej. Jej wierzchołek przedstawia siły obronne państwa w czasie pokoju, część zanurzona natomiast całość potencjału tkwiącego we właściwie prowadzonej mobilizacji (rys 27).

Realizacja potrzeb operacyjnych w organizacji i funkcjonowaniu systemu mobilizacyjnego, jak również jego sprawność i niezawodność bezpośrednio determinują skuteczność sił zbrojnych. Istotą mobilizacji zawsze jest sprawne, terminowe i niezawodne przejście sił zbrojnych (wojsk, jednostek wojskowych) ze struktur i stanów liczebnych okresu pokoju na struktury i stany liczebne czasu wojny. Skuteczny system mobilizacyjny powinien zapewnić w szczególności:

- **elastyczność** w rozwijaniu sił zbrojnych (wojsk) rozumianą jako zdolność do sprawnego, pełnego i terminowego uzupełniania jednostek w każdym wariantcie wybuchu wojny (konfliktu) i warunkach prowadzenia mobilizacji. Zawiera się tu także potrzeba zagwarantowania możliwości przerwania mobilizacji w dowolnym momencie (przed wybuchem wojny) i powrotu do sytuacji wyjściowej;

⁹³ System mobilizacyjny sił zbrojnych jest to uporządkowany wewnętrznie układ elementów oraz zespół zasad i norm regulujących jego funkcjonowanie w czasie pokoju, mobilizacji i wojny. J. Babula: „Systemy mobilizacyjne sił zbrojnych” Bellona, 1995 str. 50



SI VIS PACEM
PARA BELLUM

Rys. 27 Symbol mobilizacji Królewskich Sił Zbrojnych Holandii

- **niezawodność** mobilizacyjnego rozwijania sił zbrojnych (wojsk) rozumianą jako zdolność do pełnego i terminowego uzupełnienia potrzeb mobilizacyjnych jednostek w warunkach wystąpienia różnego rodzaju zakłóceń (w tym na dużą skalę);
- **synchronizację** mobilizacyjnego rozwijania sił zbrojnych (wojsk) z osiąganiem przez nie pełnej gotowości bojowej oraz przegrupowaniem do rejonów wyjściowych (rozśrodkowanie);
- operacyjnie właściwą (uzasadnioną) **geografię** zadań mobilizacyjnych na obszarze kraju;
- mobilizacyjne rozwijanie jednostek wojskowych w określonych **terminach i miejscach**;
- **możliwości przeniesienia** mobilizacji z miejsc stałej dyslokacji do rejonów alarmowych (wyznaczonych);
- mobilizacyjne rozwinięcie jednostek wojskowych⁹⁴ **w miejscu ich czasowego pobytu** (np. rejonów ćwiczeń).

Podstawowe zadania systemu mobilizacyjnego realizowane są w okresie pokojowym, mobilizacyjnego rozwinięcia sił zbrojnych i w czasie wojny. Ich wyraźne sprecyzowanie ma podstawowe znaczenie, bo wpływa bezpośrednio na strukturę organizacyjną, zasady funkcjonowania, zasięg i wielkość sił i środków zaangażowanych do systemu.

Mobilizacyjne rozwinięcie TSMed realizowane będzie w ramach systemu mobilizacyjnego sił zbrojnych z uwzględnieniem potrzeb i własnej specyfiki. Reguły te, w ogólności zakładają utrzymanie w jednostkach wojskowych (szpitalach) tylko tych

⁹⁴ **Rozwinięcie sił zbrojnych** - całokształt przedsięwzięć związanych z przygotowaniem i doprowadzeniem wojsk do pełnej gotowości bojowej, sprawnym i terminowym przesunięciem ich do zaplanowanych rejonów (ześrodkowania wyjściowych pozycji bojowych) oraz stworzeniem zgrupowań zdolnych do wykonania podstawowych zadań operacyjnych (strategicznych) def. J. Babula op. cit. str. 23

środków, których nie można pozyskać w czasie mobilizacji z zasobów gospodarki narodowej. Założenie to, dające duże korzyści ekonomiczne, wynikające z dążenia do racjonalnego wykorzystania sił i środków, niesie jednak wiele utrudnień i zagrożeń dla procesu mobilizacji.

Koncepcja ta zmusza do przyjęcia następujących rozwiązań i zasad działania:

- w czasie pokoju utrzymuje się maksymalnie ograniczoną liczbę czynnych szpitali wojskowych (mają one zapewnić gromadzenie wyszkolonych rezerw osobowych na potrzeby mobilizacyjne i wojenne oraz przygotować mobilizacyjne rozwinięcie pozostałych, rezerwowych szpitali wojskowych (WSzR i filii);

- środki transportowe niezbędne dla zorganizowania transportu sanitarnego pobiera się prawie w całości z gospodarki narodowej;

- w szpitalach wojskowych (także batalionach medycznych) utrzymuje się wyłącznie sprzęt i środki transportowe potrzebne do funkcjonowania i szkolenia oraz sprzęt specjalistyczny (łaznie, dezynfektory, pralnie, piekarnie, cysterny na wodę, urządzenia sterylizująco-destylujące);

- sprzęt medyczny do rozwijania szpitali rezerwowych przechowuje się w podstawowym asortymencie (aneks 4) i w ilościach minimalnych;

- żołnierzy rezerwy będących na przydziałach szkoli się tylko w niezbędnym zakresie;

- w szpitalach czasu wojny szeroko korzysta się z kadry rezerwy po podstawowym przeszkoleniu wojskowym i w miarę dobrym przygotowaniu medycznym;

- zadania mobilizacyjne, polegające na formowaniu szpitali od nowa, powierza się z reguły szpitalom istniejącym w czasie pokoju (jednostka mobilizacyjna).

Sprawne i niezawodne funkcjonowanie systemu mobilizacyjnego opartego na powyższych zasadach wymaga aktywnego udziału w przygotowaniach mobilizacyjnych prawie wszystkich podstawowych dziedzin gospodarki narodowej, organów administracji państwowej oraz różnych jednostek organizacyjnych (rys. 28). Koniecznym jest tu także zrozumienie potrzeb obronnych przez społeczeństwo oraz wysokie wyrobienie w żołnierzach rezerwy i obywatelach poczucia odpowiedzialności za wykonanie ustawowych powinności.

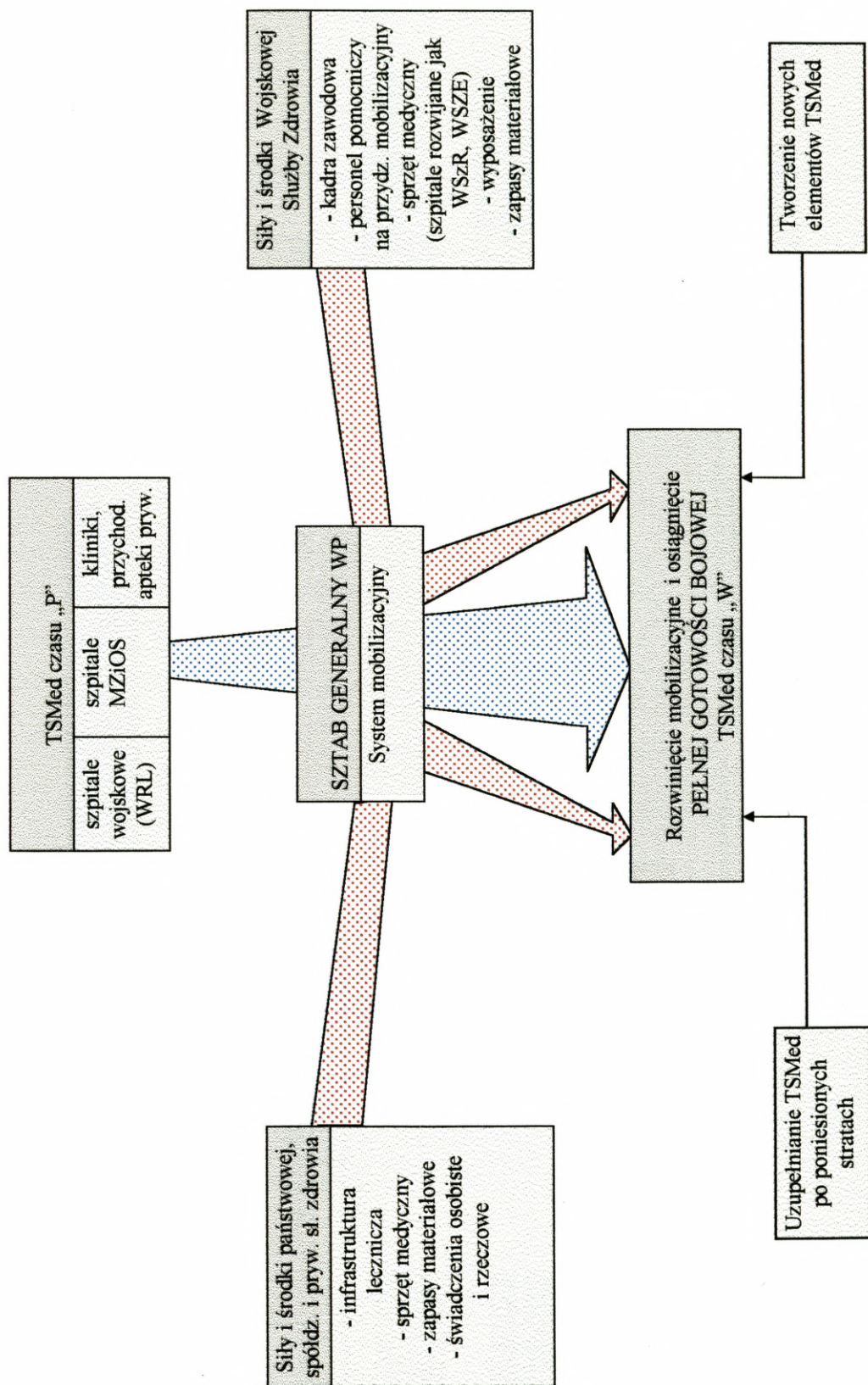
Mobilizacja w TSMed oparta będzie o różne sposoby rozwinięcia (rys. 29):

- **dopełnienie ilościowe** - polegające na mobilizacyjnym uzupełnieniu rezerwami osobowymi i środkami transportowymi szpitali wojskowych istniejących w czasie pokoju (również środkami kwatermistrzowskimi). Dotyczy ono również szpitali MZiOS wydzielających łóżka dla SZ RP;

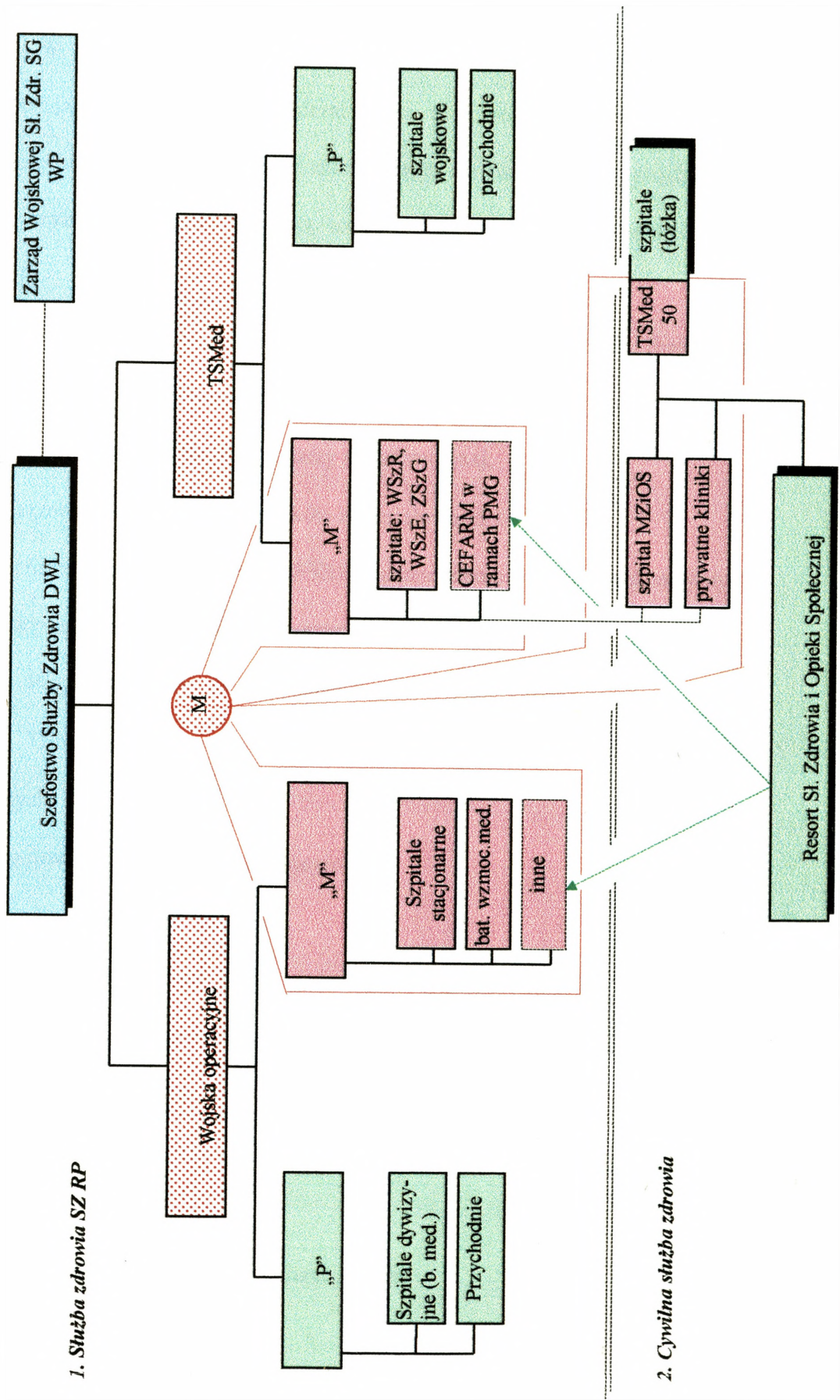
- **dopełnienie ilościowe i organizacyjne** - polegające na mobilizacyjnym uzupełnieniu nie tylko rezerwami osobowymi, środkami transportu i sprzętem lecz na rozwinięciu brakujących elementów organizacyjnych (np. kliniki, oddziały itd.);

- **przekształcenie** - polegające na zmianie charakteru np. szpital uzdrowiskowy staje się Wojskowym Szpitalem Ewakuacyjnym, szpitale ZT (bataliony medyczne) po wyjściu wojsk w rejony ześrodkowania stają się zmilitaryzowanymi szpitalami wojskowymi, prywatne i państwowe warsztaty oraz zakłady naprawcze stają się np. czołówkami remontowymi sprzętu medycznego;

- **wydzielenie** - ze szpitala wojskowego okresu pokoju lub batalionu wzmocnienia medycznego wydziela się oddział szpitalny lub kompania (pluton) jako załączek kolejnego elementu TSMed;



Rys. 28 Istota systemu mobilizacyjnego TSMed



1. Służba zdrowia SZ RP

2. Cywilna służba zdrowia

Rys. 29 Mobilizacyjne rozwinięcie syst. służby zdrowia SZ RP

- **formowanie** - polegające na mobilizacyjnym sformowaniu nowego szpitala w oparciu o załóżki oraz siły i środki pobierane z gospodarki narodowej.

W nowoczesnych systemach mobilizacyjnych sposoby rozwinięcia jednostek przeplatają się ze sobą. Zasadą generalną jest , że o sposobie rozwinięcia decyduje czas osiągnięcia gotowości bojowej, a zatem przyjmuje się procedury prostsze dla wojsk, które szybciej gotowość tę mają uzyskać (np. szybkiego reagowania, raketowe, WLOP).

We wszystkich szpitalach przewidzianych do spełnienia funkcji jednostek mobilizujących należy zapewnić (rys. 30):

- zorganizowanie elementów bazy mobilizacyjnej;
- zgromadzenie zapasów środków materiałowo-technicznych;
- złożenie zapotrzebowań do WKU na uzupełnienie potrzeb mobilizacyjnych ;
- zaplanowanie przeszkalania rezerw osobowych;

Propozycję kierowania mobilizacją przedstawia rysunek 31.

TSMed musi być włączony do następujących systemów funkcjonalnych sił zbrojnych:

- gotowości bojowej i mobilizacyjnej;
- sprawozdawczość statystyki;
- szkolenie kadry zawodowej i szkolenia bojowego wojsk;
- przeszkalania rezerw osobowych będących na przydziałach mobilizacyjnych w

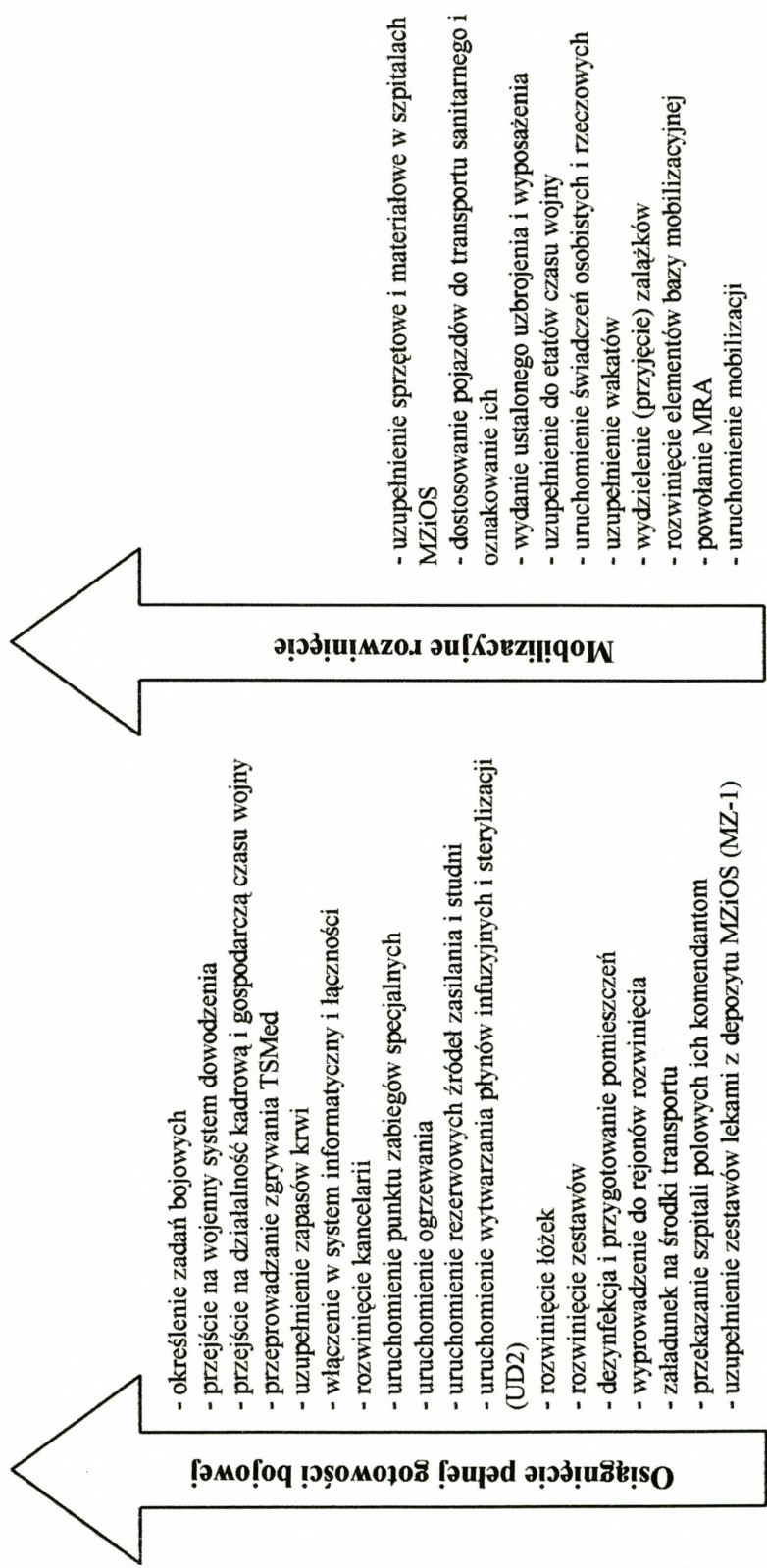
jednostkach wojskowych;

- gromadzenia wojskowych rezerw osobowych na potrzeby mobilizacyjne i

wojenne;

- zabezpieczenia potrzeb mobilizacyjnych;

PEŁNA GOTOWOŚĆ BOJOWA TSMed



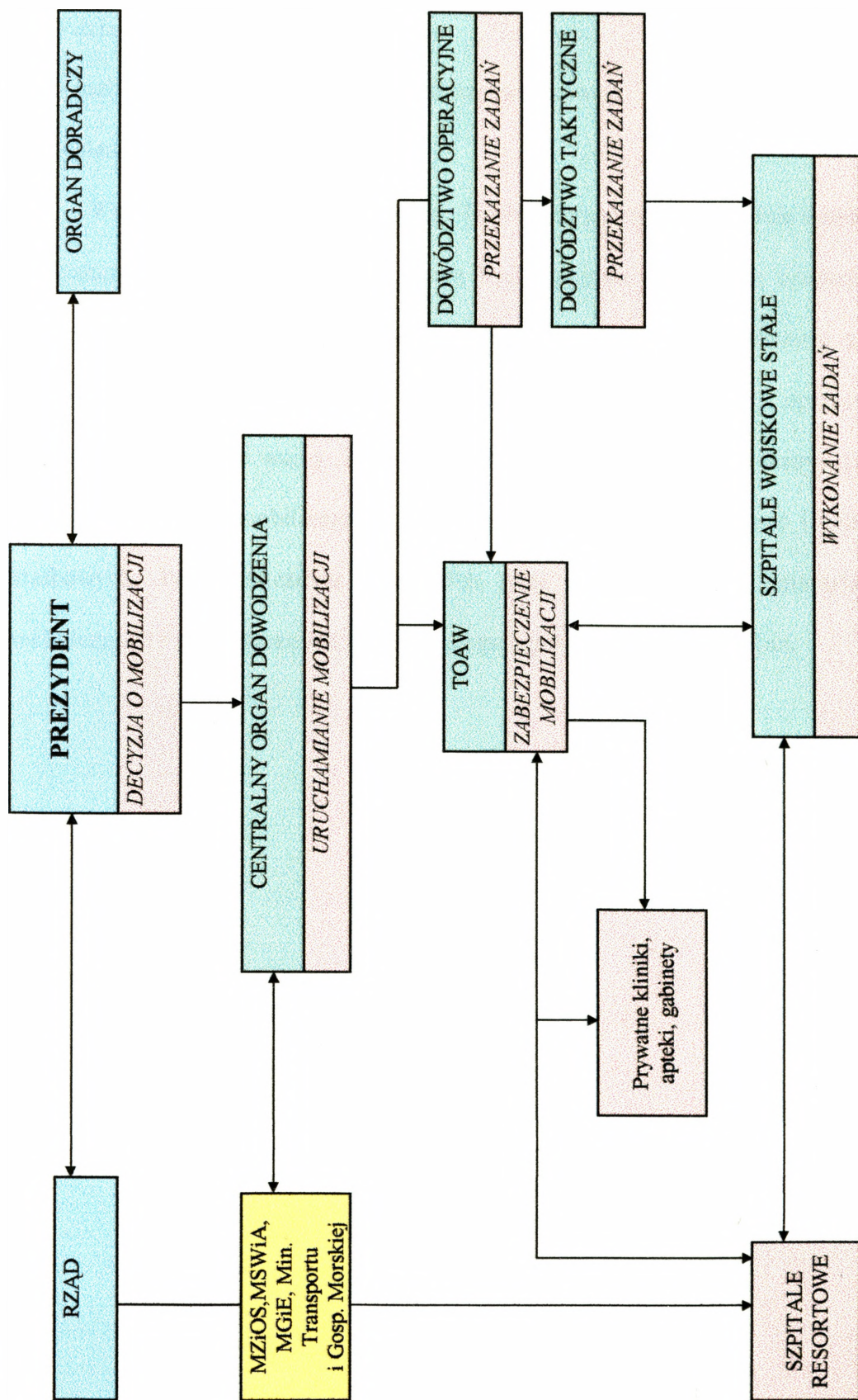
- Osiągnięcie pełnej gotowości bojowej**
- określenie zadań bojowych
 - przejście na wojenny system dowodzenia
 - przejście na działalność kadrową i gospodarczą czasu wojny
 - przeprowadzanie zrywania TSMed
 - uzupełnienie zapasów krwi
 - włączenie w system informatyczny i łączności
 - rozwinięcie kancelarii
 - uruchomienie punktu zabiegów specjalnych
 - uruchomienie ogrzewania
 - uruchomienie rezerwowych źródeł zasilania i studni
 - uruchomienie wytwarzania płynów infuzyjnych i sterylizacji (UD2)
 - rozwinięcie łóżek
 - rozwinięcie zestawów
 - dezynfekcja i przygotowanie pomieszczeń
 - wyprowadzenie do rejonów rozwinięcia
 - załadunek na środki transportu
 - przekazanie szpitali polowych ich komendantom
 - uzupełnienie zestawów lekami z depozytu MZiOS (MZ-1)

Mobilizacyjne rozwinięcie

- uzupełnienie sprzętowe i materiałowe w szpitalach MZiOS
- dostosowanie pojazdów do transportu sanitarnego i oznakowanie ich
- wydanie ustalonego uzbrojenia i wyposażenia
- uzupełnienie do etatów czasu wojny
- uruchomienie świadczeń osobistych i rzeczowych
- uzupełnienie wakatów
- wydzielenie (przyjęcie) załączków
- rozwinięcie elementów bazy mobilizacyjnej
- powołanie MRA
- uruchomienie mobilizacji

STAŁA GOTOWOŚĆ BOJOWA TSMed

Rys. 30 Mobilizacyjne rozwinięcie i osiągnięcie pełnej gotowości bojowej TSMed



Rys. 31 Kierowanie mobilizacją

- zaopatrzenia w środki materiałowo-techniczne;
- zaopatrzenia w środki finansowe;
- działalności kadrowej;
- rozbudowy i doskonalenia infrastruktury wojskowej;
- planu kontroli.

Wszystkie jednostki organizacyjne TSMed, zorganizowane zgodnie z nadanymi im etatami i tabelami należności, muszą być włączone do planów: operacyjnego, mobilizacyjnego oraz logistycznego Sił Zbrojnych RP. Na tej podstawie zostaną opracowane ich plany działania w czasie pokoju, mobilizacyjnego i operacyjnego rozwinięcia i w czasie wojny. Zapewni to precyzyjne sformułowanie instrukcji stałej gotowości bojowej i mobilizacyjnej, szkolenia oraz prowadzenia ćwiczeń i treningów sztabowych. **Po zakończeniu wszystkich prac organizacyjnych, materiałowo-technicznych i planistycznych TSMed osiągnie gotowość mobilizacyjną.**

ZAKOŃCZENIE

Problemy zabezpieczenia medycznego walczących wojsk od najdawniejszych czasów przykuwały uwagę zarówno teoretyków, jak i praktyków wojskowych. Znani i wielcy dowódcy dokładali wszelkich możliwych starań, aby minimalizować wpływ działań bojowych na jak najszerzej pojmowaną fizyczną i psychiczną zdolność bojową podległych sobie żołnierzy i wojsk. We wszystkich zasadach nauki wojennej i sztuki operacyjnej (taktyki), w różnym zakresie, zagadnienie to występuje. U Suworowa - jest to troska o morale żołnierzy, czyli prosta pochodna ich właściwego zaopatrzenia oraz stanu sanitarnego i zdrowotnego; u Napoleona Bonaparte - podobnie; u Clausewitza, Sikorskiego i Mossora - występuje szczegółowa analiza zasady ekonomii, która pozwala stwierdzić troskę o najefektywniejsze wykorzystanie posiadanych sił, a w tym konieczność utrzymania ich w zdrowiu i niezbędnej kondycji fizyczno-psychicznej.

Również współczesne pole walki bezwzględnie wymaga należytego, szeroko rozumianego zabezpieczenia medycznego działań bojowych. W ewentualnej wojnie, a także w konflikcie zbrojnym, w obliczu wielce szkodliwych efektów fizycznych i psychologicznych jakie mogłyby pociągnąć za sobą, należy zrobić wszystko, co jest możliwe, aby straty sanitarne maksymalnie ograniczyć. Jednocześnie konieczne jest teoretyczne opracowanie i organizacyjne przygotowanie już w czasie pokoju wszystkich podstawowych elementów zabezpieczenia medycznego wojsk. Wojna grozi bowiem dużymi stratami przede wszystkim ze względu na ogromną siłę niszczycielską i nieograniczony zasięg współczesnych środków bojowych.

Należy, jak sądzę, również pamiętać, że celem ataku będą obszary bądź obiekty stanowiące „mózg, nerwy i serce” państwa. Oczywistym jest, że będą to stolice, miasta

i ośrodki przemysłowe, od których zależy obrona całego kraju. Teorię tę potwierdza także obecna rzeczywistość - w niedawnej przeszłości główne walki toczono o Kabul, Sarajewo, Grozny a w chwili obecnej (kwiecień 1998) Kongres USA rozważa możliwość uderzenia zastraszającego na Bagdad (raketowego i lotniczego).

Wynika z tego, że straty sanitarne powiększyć się mogą, i to znacząco, o ofiary wśród ludności cywilnej. Jednak przy zastosowaniu środków zapobiegawczych ewentualność taka może zostać w dużym stopniu ograniczona.

Zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych rozpatrywać należy nie jako odrębny problem, lecz łączyć go ściśle z podstawowymi problemami państwa, wojska i politycznymi celami wojny - które są podstawą odporności psychicznej ludzi, ich moralnej wytrwałości, zdolności do znoszenia trudów wojny i gotowości do ponoszenia ofiar w imię zachowania imponderabiliów narodowych.

Takie właśnie widzenie problemu starałem się zachować pracując nad niniejszą rozprawą. Ma ona zresztą również szereg innych aspektów. Jednym z nich jest odpowiedź na pytanie: **Jak ma być zorganizowany i funkcjonować Terytorialny System Zabezpieczenia Medycznego Sił Zbrojnych po zakończeniu wojny i demobilizacji?** Uważam, że ma ona nie mniejszy ciężar gatunkowy od pierwszego pytania badawczego: **Jak ma działać TSMed w czasie wojny?**

Historycznym przyczynkiem do zajęcia się tym zagadnieniem może być zespół wydarzeń, jakie miały miejsce w Związku Radzieckim po zakończeniu II wojny światowej. Otóż w proteście przeciw nieludzkiemu traktowaniu inwalidów wojennych, chorych i rannych delegacja najbardziej utytułowanych spośród nich złożyła na ręce dowódcy Leningradzkiego Okręgu Wojskowego dramatyczny memoriał. Wynikało z niego, że w tzw. ośrodkach leczenia i rehabilitacji, wskutek niewyobrażalnych

zaniedbań i zapomnienia o losie rannych żołnierzy tylko w 1946 roku zmarło 25 000 ludzi (w jednej tylko strefie)⁹⁵.

Fakt ten jest poświadczeniem znaczenia właściwego funkcjonowania organów służby zdrowia również bezpośrednio po wojnie - nawet wygranej, jak w opisywanym przypadku. Wtedy, gdy maksymalny wysiłek narodu dla osiągnięcia celów wojny po jego apogeum zanika wraz z demobilizacją sił zbrojnych, dla służb medycznych powinna trwać gotowość bojowa - i to często przez całe lata (do czasu wyleczenia i rehabilitacji wszystkich rannych żołnierzy).

Jak wielokrotnie, w różnych rozdziałach rozprawy podkreślałem, dla częściowego chociażby urzeczywistnienia jej celów potrzebna jest cała gama nowych uregulowań prawnych - od najwyższych rangą do szczegółowych zarządzeń wykonawczych. Potrzebna jest wieloszczeblowa działalność teoretyczna (naukowa) i praktyczna - jak zresztą w całych, przebudowanych i reformowanych SZ RP. I wreszcie - zgodnie z napoleońskim stwierdzeniem że „do prowadzenia wojny potrzebne są trzy rzeczy: pieniądze, pieniądze i jeszcze raz pieniądze” - muszą znaleźć się środki finansowe na to, aby w docelowo ukształtowanych siłach zbrojnych XXI wieku zabezpieczenie medyczne osiągnęło należyty mu poziom w organizacji, wyposażeniu, wyszkoleniu i skuteczności działania.

W aneksie 5 przedstawiam m.in. prospekt nowoczesnego szpitala polowego, demonstrowanego w Aachen na targach aparatury medycznej w 1997 roku. Jest on produkowany przez konsorcjum przemysłowe Daimler - Benz - Dornier i ma być stosowany jako wzór doświadczalny Bundeswehry. Przedstawiam również fotografię (aneks 6) elementów szpitala polowego, rangi WSzR rozwijanego w czasie ćwiczeń w

⁹⁵ Milos Mikeln: „Stalin” Wyd. MON, Warszawa 1990 str. 363-365

1997 roku na bazie obiektu stałego i w oparciu o Rejonową Bazę Zaopatrzenia Medycznego. Komentarzem może być jedynie stwierdzenie, że polskie zakłady przemysłowe również mogą wyprodukować szpital porównywalny z „Mobile Hospital” - Dornier.

Przeprowadzone w trakcie badań ankietowanie personelu rozwijanych WSzR nowych zjawisk nie ujawniło (aneks 1). Metoda klasyczna oraz metoda delficka potwierdziły powszechnie znane prawdy, jak również wykazały znaczną dezorientację respondentów w obszarze objętym ankietowaniem. Niewątpliwie może być to przyczynkiem do starań specjalistów służby zdrowia sił zbrojnych w zakresie tworzenia stałej bazy szkoleniowej tej służby. Jest to, zapewne, również efektem braku jednolitej koncepcji co do roli i organizacji służby zdrowia w przyszłej wojnie.

Uważam, że przeprowadzone badania wstępne i synteza wynikających z nich wniosków nie dały pełnej i satysfakcjonującej mnie weryfikacji problemu, czego przyczyną upatruję w jego złożoności i wieloaspektowości. Kolejną próbą weryfikacji były badania i analiza problemów w ramach Regionalnego Sztabu Wojskowego w Kielcach. Ten, ostatni etap pracy, potwierdził słuszność przyjętych w niej założeń i zaproponowanych rozwiązań (aneks 2).

Głębokie studiowanie literatury problemu i próby porównywania go z występującymi bądź w historii, bądź w innych współczesnych armiach uświadomiły mi jego rzeczywistą wagę. Dało mi również przekonanie, że w dobie dążenia do posiadania nowoczesnych sił zbrojnych, przy „mizerii” finansowej państwa działania reformatorskie na tym polu muszą być bezwzględnie przemyślane, zaplanowane, a ich realizacja powinna być konsekwentnie prowadzona według wieloletniego programu - z uwzględnieniem finansowych skutków prawdopodobnych błędów.

Działalność badawcza, jaką prowadziłem przygotowując niniejszą rozprawę wykazała również, że podniesiony problem dotychczas nigdy nie był całościowo rozpatrywany a charakter jej niektórych elementów jest nowatorski. Wynika to głównie z przemian w uwarunkowaniach politycznych państwa i zmianę doktryny działania Sił Zbrojnych RP w ostatnich latach. Rozpoczynając badania w 1996 roku nie przypuszczałem, że w roku 1998 podstawowe hipotezy pracy potwierdzą się w rozkazach Szefa Sztabu Generalnego dotyczących np. organizacji Rejonów Logistycznych lub zadań dla sił zbrojnych (w tym służby zdrowia).

Zdając sobie sprawę z licznych zapewne niedoskonałości proponowanego przeze mnie rozwiązania sędzę, że rozprawa może znaleźć, przynajmniej w sensie koncepcyjnym zainteresowanie w komórkach Zarządu Służby Zdrowia SG WP.

Może to być przyczynkiem do opracowania projektu organizacji systemu służby zdrowia w dobie realizacji „Założeń Rządowego Programu modernizacji Sił Zbrojnych RP do roku 2012”. Uważam, że niezależnie od trafności moich propozycji poruszane problemy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych powinny zostać dostrzeżone i rozważone przez ośrodki kierownicze MON.

BIBLIOGRAFIA

1. *Annales Academiae Lodzensis*, t. III, Łódź 1981.
2. ANTONOW A.A.: *O demobilizacji starszych roczników armii czynnej*, Moskwa 1945.
3. BABAKOW A. A.: *Sily zbrojne po zakończeniu wojny (1945-1986)*, Moskwa 1987.
4. BABULA J.: *Systemy mobilizacyjne sił zbrojnych*, Bellona, Warszawa 1995.
5. BABULA J.: *Sposoby mobilizacyjnego rozwinięcia wojsk*, „Myśl Wojskowa” 3/1990 .
6. BABULA J.: *Nowoczesne siły zbrojne*, „Myśl Wojskowa” 4/1997.
7. BABULA J.: *Podstawowe elementy zabezpieczenia mobilizacyjnego rozwinięcia jednostek wojskowych*, „Myśl Wojskowa” 11-12/1990.
8. BABULA J.: *Potrzeby operacyjne a działalność sił zbrojnych w czasie pokoju*, „Myśl Wojskowa” 6/1994.
9. BABULA J.: *System mobilizacyjny sił zbrojnych początku XXI wieku*, „Myśl Wojskowa” 1/1994
10. BALCEROWICZ B.: *Obronność państwa średniego*, Bellona, Warszawa, 1997.
11. BALCEROWICZ B.: *Dylematy strategiczne Polski w okresie przejściowym*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
12. BALCEROWICZ B.: *Koncepcja strategicznej obrony Polski*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
13. BALCEROWICZ B.: *Uniwersalne problemy strategii obronnej państwa średniej wielkości oraz ich odniesienie do obronności Polski*, AON 1996.
14. BALCEROWICZ B.: *Wchodząc do NATO*, „Polska Zbrojna” 21/1997.
15. BAYER S. : *Służba zdrowia Warszawy w walce z okupantem, 1939-1945*, MON, Warszawa 1985.
16. CYPRIAN T.: *Wehrmacht - zbrodnia i kara*, MON, Warszawa 1971.
17. CHYŁAK E.: *Kierunki rozwoju logistyki SZ RP*, „Myśl Wojskowa” 6/1997.

18. DAWIDOWICZ W. i wsp.: *Kwatermistrzostwo LWP w latach 1943-1945*, WIH, Warszawa 1973.
19. DOROSZ K.: *Współpraca TOAW (RSzW, WSzW, WKU) z organami administracji rządowej i samorządu terytorialnego oraz podmiotami gospodarczymi*, „Myśl Wojskowa” 4/1997.
20. DWORECKI S.: *Od konfliktu do wojny*, BUWiK, Warszawa 1996.
21. DWORECKI S.: *Pogląd na terytorialny system zasilania logistycznego*, AON 3/1993.
22. DÓJCZYŃSKI M. i wsp.: *Organizacja zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk w rejonach zurbanizowanych*, „Lekarz Wojskowy” 1/1996.
23. *Dziennik Rozkazów MON 1997*.
24. FERET S.: *Polska sztuka wojenna 1918-1939*, MON, Warszawa 1972.
25. FLEMING H.: *Służby medyczne w czasie konfliktu zbrojnego w świetle prawa międzynarodowego*, 1992 (sygn. AON 4427/R).
26. GAŚSIOREK K.: *Tworzenie RSzW*, „Wiedza Obronna”, Warszawa 1996.
27. JAKUBCZAK R., MARCZAK J.: *Studia i materiały*, BPI MON nr 32.
28. JURA J.: *Funkcje rozprawy doktorskiej*, AON 3/1993.
29. JURGA T., KARWOWSKI W.: *Armia „MODLIN”*, MON, Warszawa 1987.
30. **KONSTYTUCJA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**
„Sagal” Ltd. Warszawa 1997.
31. KAMIŃSKI S.: *Nauka i metoda*, KUL, Lublin 1992.
32. KACZMAREK W., ŚCIBIOREK Z.: *Przyszła wojna - jaka?* BUWiK, Warszawa 1995.
33. KARPÍŃSKI A.: *Dowodzenie w Armii Radzeckiej podczas II wojny światowej*, MON, Warszawa 1973.
34. KIEŻUŃ W.: *Sprawne zarządzanie organizacją*, SGH, Warszawa 1997.
35. KOPALIŃSKI W.: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1968.
36. KOMAŃSKI J., BABUŁA J.: *Doświadczenia wynikające z organizacji RSzW*, „Myśl Wojskowa”, T2/1993.

37. KOZIEJ S.: *Zmiany w strategii obronnej Polski w rezultacie rozszerzania NATO*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
38. KARKOSZKA A.: *Nowe oblicze bezpieczeństwa europejskiego w aspekcie poszerzania NATO*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
39. KROCZYŃSKI M.: *Wojsko Polskie na Pomorzu Zachodnim i Krajnie w 1807*, MON, Warszawa 1990.
40. KRĘŻEL J. i wsp.: *Struktura organizacyjna, przeznaczenie i możliwości służby zdrowia szczebla operacyjnego i strategicznego*, „Lekarz Wojskowy” 1/1996.
41. KWIASOWSKI Z., LASOTA B.: *Publiczna służba zdrowia jako element układu pozamilitarnego systemu obronnego państwa*, „Myśl Wojskowa” 2/1995.
42. KWIASOWSKI Z., KUCZMAŃSKI Z.: *Pole walki dziś i jutro*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
43. *Leksykon Wiedzy Wojskowej*, MON, Warszawa 1979.
44. ŁEMPICKA Z. i wsp.: *Mały Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1969.
45. ŁEPKOWSKI W.: *Reforma armii a perspektywa przynależności do paktu NATO*, „Myśl Wojskowa” 1/1994.
46. ŁĘCKI A.: *Działalność pierwszej zmiany polskiej wojskowej jednostki medycznej w Libanie (maj- październik 1992)*, „Lekarz Wojskowy” 7-8/1996.
47. MAJ J.: *Na drogach do piekieł*, Kraków 1973.
48. MAJEWSKI S.: *Wojna, ludzie, medycyna*, MON, Warszawa 1973.
49. MIKELN M.: *Stalin*, MON, Warszawa 1990.
50. MRÓZ W.: *Kierowanie i organizacja pracy sztabowej w okresie pokoju*, MON-SG 1974, Warszawa 1974.
51. MRÓZ W.: *Przygotowanie kraju do obrony*, AON 2/1993.
52. NEUMANN R.: *Bundeswehra w okresie przelomu*, Bellona, Warszawa 1995.
53. NOWAK E.: *Zabezpieczenie logistyczne sił zbrojnych w osłonie strategicznej RP*, AON 1996.
54. NOWAK E.: *Wdrażanie „myślenia logistycznego” w zabezpieczeniu walczących wojsk*, WPTiL, 2/1996.

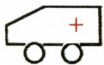



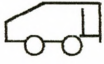











55. NOŻKO K.: *Zagadnienia współczesnej sztuki wojennej*, MON, Warszawa 1973.
56. NOŻKO K.: *System Obrony Rzeczypospolitej Polskiej*, „Myśl Wojskowa” 1/1992.
57. PABIS S.: *Metodyka i metody nauk empirycznych*, PWN, Warszawa 1992.
58. PIECHOTA W.: *Kurs planowania medycznego NATO*, Hamburg 1996 (materiały - Zarząd Sł. Zdr. SG WP).
59. POMIRSKI A.: *Przygotowanie infrastruktury państwa w działaniach obronnych*, „Myśl Wojskowa” 4/1997.
60. PORWIT M.: *Komentarze do historii polskich działań obronnych*, MON, Warszawa 1969-1978 (t. 1,2,3).
61. *Przepisy o gospodarce środkami służby zdrowia w czasie pokoju*, MON, Warszawa 1989.
62. RYCERSKI W.: *Organizacja terytorialnej służby zdrowia sił zbrojnych w świetle aktualnych uwarunkowań operacyjnych*, „Myśl Wojskowa” 2/1997.
63. RYCERSKI W., KAWALEC B.: *Rozwijanie wojskowych szpitali stacjonarnych czasu wojny*, „Myśl Wojskowa” 6/1997.
64. RYCERSKI W., KAWALEC B.: *Doświadczenia i wnioski z ćwiczeń mobilizacyjnych służby zdrowia*, „Lekarz wojskowy” - w druku.
65. RYCERSKI W., KAWALEC B.: *Organizacja szpitali stacjonarnych czasu wojny*, „Lekarz wojskowy” - w druku.
66. SKIBIŃSKI F.: *Pierwsza pancerna*, MON, Warszawa 1962.
67. SKIBIŃSKI F.: *Wojska pancerne w II wojnie światowej*, WPH 3/1975.
68. SKOWROŃSKI A.: *Krok ku NATO*, „Myśl Wojskowa” 4/1997.
69. SUJECKI A.: *Zabezpieczenie medyczne operacji obronnej, materiały szkoleniowe CSK WAM*, 1996.
70. ŚWIĘCICKI J.: *Ogólne zasady przygotowania sił i środków cywilnej służby zdrowia do ratowania życia i zdrowia ludzi w sytuacjach nadzwyczajnych i w czasie wojny*, AON - MZiOS, Warszawa 1996.
71. STANKIEWICZ W.: *Logistyka*, MON, Warszawa 1968.
72. STANKIEWICZ W.: *Ekonomia wojenna*, MON, Warszawa 1970.

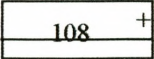
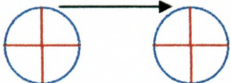
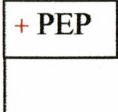
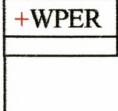
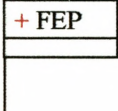

73. STANKIEWICZ W.: *O zasadach logistyki*, AON 1/1996.
74. ŚCIBIOREK Z.: *Kierunki przeobrażeń w sztuce operacyjnej i taktyce wojsk lądowych*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
75. SZTEMIENKO S.: *Sztab Generalny w latach wojny*, MON, Warszawa 1969.
76. SZTEMIENKO S.: *Jeszcze raz o Sztabie Generalnym w latach wojny*, MON, Warszawa 1979.
77. SZUMSKI H.: *Reformy w SZ RP - wystąpienie*.
78. THORWALD J.: *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga*, Ossolineum, Wrocław 1990.
79. TRYBUSZ A. i wsp.: *Zabezpieczenie medyczne strategicznej operacji obronnej*, „Lekarz Wojskowy” 1/1996.
80. TRYBUSZ A. i wsp.: *Charakterystyka systemu leczenia etapowego z ewakuacją wg wskazań*, „Lekarz Wojskowy” 1/1996.
81. URBANEK M.: *Model symulacyjny zabezpieczenia leczniczo - ewakuacyjnego działań bojowych na szczeblu taktycznym*, AON 1992.
82. *Vademecum Medyczne*, SG WP, Warszawa 1995.
83. WIŚNIEWSKI A. i wsp.: *Organizacja i zasady funkcjonowania Wojskowych Rejonów Leczniczych*, „Lekarz Wojskowy” 1/1996.
84. WOJNAROWSKI J.: *Mobilizacja gospodarki narodowej na rzecz sił zbrojnych*, AON 3/1995.
85. WOJNAROWSKI J.: *Podstawowe elementy systemu gotowości obronnej państwa*, „Myśl Wojskowa” 3/1997.
86. „*Wojskowy Przegląd Zagraniczny*” 2/(212) Warszawa 1956.
87. ZOŃ R. i wsp.: *Organizacja zabezpieczenia medycznego korpusu zmechanizowanego w przeciwuderzeniu*, AON 1/1996.
88. ZOŃ R., DĘBSKI Z.: *Lepsza opieka medyczna w garnizonie i podczas działań Bundeswehry*, „Skalpel” 1996/4.
89. *Zarys wojskowej służby zdrowia (praca zbiorowa)*, MON, Warszawa 1974.
90. *Zasady funkcjonowania systemu logistycznego SZ RP, SG WP*, Warszawa 1994.
91. ŻUKOW G.K.: *Wspomnienia i refleksje*, MON, Warszawa 1970.

SKRÓTY WOJSKOWE I ZNAKI TAKTYCZNE UŻYWANE W PRACY

Pełna nazwa	Skrót
Autobus sztabowy Batalion autobusów sanitarnych Batalion medyczny Batalion wzmocnienia medycznego Batalionowy punkt opatrunkowy Brygadowy punkt opatrunkowy	AS bas bmed bwmed bpo BPO
Centralny Obszar Strategiczny Centralna Składnica Sanitarna Centralny Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej	COS CSSan CSK WAM
Centralny Organ Logistyczny Dywizyjny punkt opatrunkowy	COL DPO
Infrastruktura logistyczna Inspektor sanitarny	IL ISan
Kompania autobusów sanitarnych Kompania medyczna Kompania samochodów sanitarnych Kompania sanitariuszy Kompania szpitalna Kompania wzmocnienia medycznego	kas kmed kss ksanit kszp kwmed
Lekarz	lek
Operacyjne przygotowanie obszaru kraju Oddział pierwszej pomocy medycznej Oddział Zaopatrzenia i Techniki Medycznej	OPOK OPPM OZiTM
Pluton medyczny Pluton samochodów sanitarnych Pułkowy punkt opatrunkowy Punkt medyczny	plmed plssan ppo PMed
Regionalny Sztab Wojskowy	RSzW

Pełna nazwa	Skrót
Szpital ewakuacyjny Szpital Kliniczny Wojskowej Akademii Medycznej Szpital uzdrowiskowy Szpital wojskowy	SzE SK WAM SzU SzW
Terenowe organy administracji rządowej Terenowe organy administracji wojskowej Terytorialny System Zabezpieczenia Medycznego Sił Zbrojnych	TOARz TOAW TSMed
Urząd Wojewódzki	UW
Wojskowa Akademia Medyczna Wojskowa specjalistyczna przychodnia lekarska Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej Wojskowy Szpital Kliniczny Wojskowy Rejon Lecznicy Wojskowy Szpital Rezerwowy Wojskowy Szpital Uzdrowiskowy Wojenny system dowodzenia	WAM WSPLeK WOFiTM WSzK WRL WSzR WSzU WSyD
Zabezpieczenie medyczne Zapasy bieżący Zapasy centralny Zapasy mobilizacyjny Zapasy operacyjny Zapasy wojenny Zasoby miejscowe Zastępcze miejsca szpitalne Zmilitaryzowany Szpital Garnizonowy	Zmed ZB ZC ZM Zoper ZW ZM zmszp ZSzG

Znak	Oznaczenie znaku	Znak NATO
	Znak medyczny - ogólny środka transportu kołowego	 Kompania medyczna
	Wzmocnienia medycznego	 (+)
	Samochodów sanitarnych	
	batalionowy punkt opatrunkowy (bpo)	
	pułkowy punkt opatrunkowy (ppo)	
	brygadowy punkt opatrunkowy - (BPO)	
	dywizyjny punkt opatrunkowy - (DPO)	
	Szpital wojskowy - znak ogólny	 200- ilość łóżek
	szpital wojskowy wiodący	
	filia szpitala wojskowego	
 nr Szp. Łóżek	szpital rezerwowi E, Z, U	

	Rejonowa Baza zaopatrzenia 108 SzW	
Znak	Oznaczenie znaku	Znak NATO
	polowy ewakuacyjny punkt (PEP)	Znaki obowiązujące w okresie 1943-1945 (rozdział 2)
	wysunięty punkt ewakuacyjno-rozdzielczy	
	frontowy punkt ewakuacyjny	
	samodzielny batalion medyczno-sanitarny	

WYKAZ RYSUNKÓW

1. Istota rozprawy według hierarchii zagadnień.
2. Algorytm procedury badawczej.
3. Ogólne zasady ewakuacji w ramach armii w Wojsku Polskim w kampanii wrześniowej.
4. Etapy ewakuacji medycznej wg. zasad przyjętych w Wojsku Polskim 1943 - 1945.
5. Organizacja tyłów 1 Armii Wojska Polskiego w operacji warszawskiej (wrzesień 1944 - styczeń 1945).
6. Obowiązujący (1997) system ewakuacji medycznej w czasie wojny.
7. Podział Polski na Wojskowe Rejony Lecznicze (orientacyjny).
8. System służby zdrowia w układzie podległości służbowej i fachowej (grudzień 1997).
9. Dowodzenie terytorialnym systemem zabezpieczenia medycznego SZ Federacji Rosyjskiej.
10. Podział strategii wojennych.
11. Podstawa i struktura systemu obronnego RP.
12. System obrony powszechnej państwa.
13. Organizacja leczenia etapowego z ewakuacją wg. wskazań.
14. Przykład organizacji podsystemu w dzielnicy Warszawa-Bemowo.
15. Dyslokacja wybranych (Warszawa, Szczecin, Żary) Wojskowych Rejonów Leczniczych na tle administracyjnego podziału kraju w układzie wojewódzkim. (grudzień 1997).
16. Funkcjonowanie systemu służby zdrowia SZ RP w czasie „W”.
17. Obszar działania TSMed w czasie wojny.
18. Struktura i skład TSMed.
19. System służby zdrowia (wariant) w czasie pokoju i po rozwinięciu mobilizacyjnym.
20. Współpraca organów logistyki RSzW z TOARz i podmiotami gospodarczymi na rzecz TSMed.
21. Zaopatrywanie TSMed (wariant) po rozwinięciu mobilizacyjnym.
22. Przepływ informacji (wariant) w TSMed na tle SZdr SZ RP.

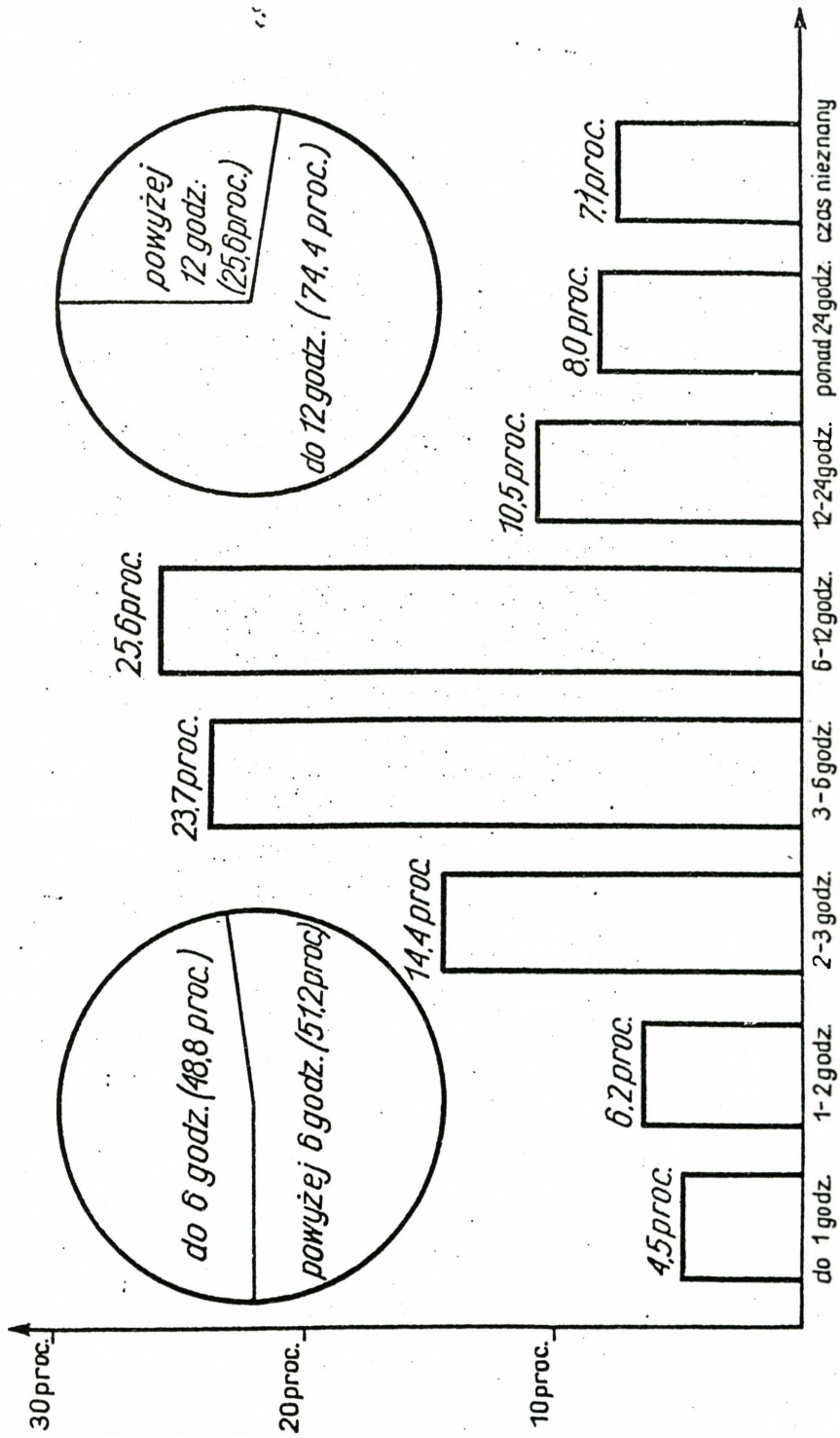
23. Środki materiałowe zabezpieczenia medycznego SZ w czasie pokoju, rozwinięcia mobilizacyjnego i wojny.
24. Charakterystyka miejscowości przewidzianej do rozwinięcia Wojskowego Szpitala Rezerwowego (WSzR).
25. Obecny system gromadzenia i finansowania rezerw materiałowych.
26. Propozycja finansowania i gromadzenia rezerw materiałowych w TSMed w czasie „P”.
27. Symbol mobilizacji Królewskich Sił Zbrojnych Holandii.
28. Istota systemu mobilizacyjnego TSMed.
29. Mobilizacyjne rozwinięcie systemu służby zdrowia SZ RP.
30. Mobilizacyjne rozwinięcie i osiągnięcie pełnej gotowości bojowej TSMed.
31. Kierowanie mobilizacją.

ZAŁĄCZNIKI

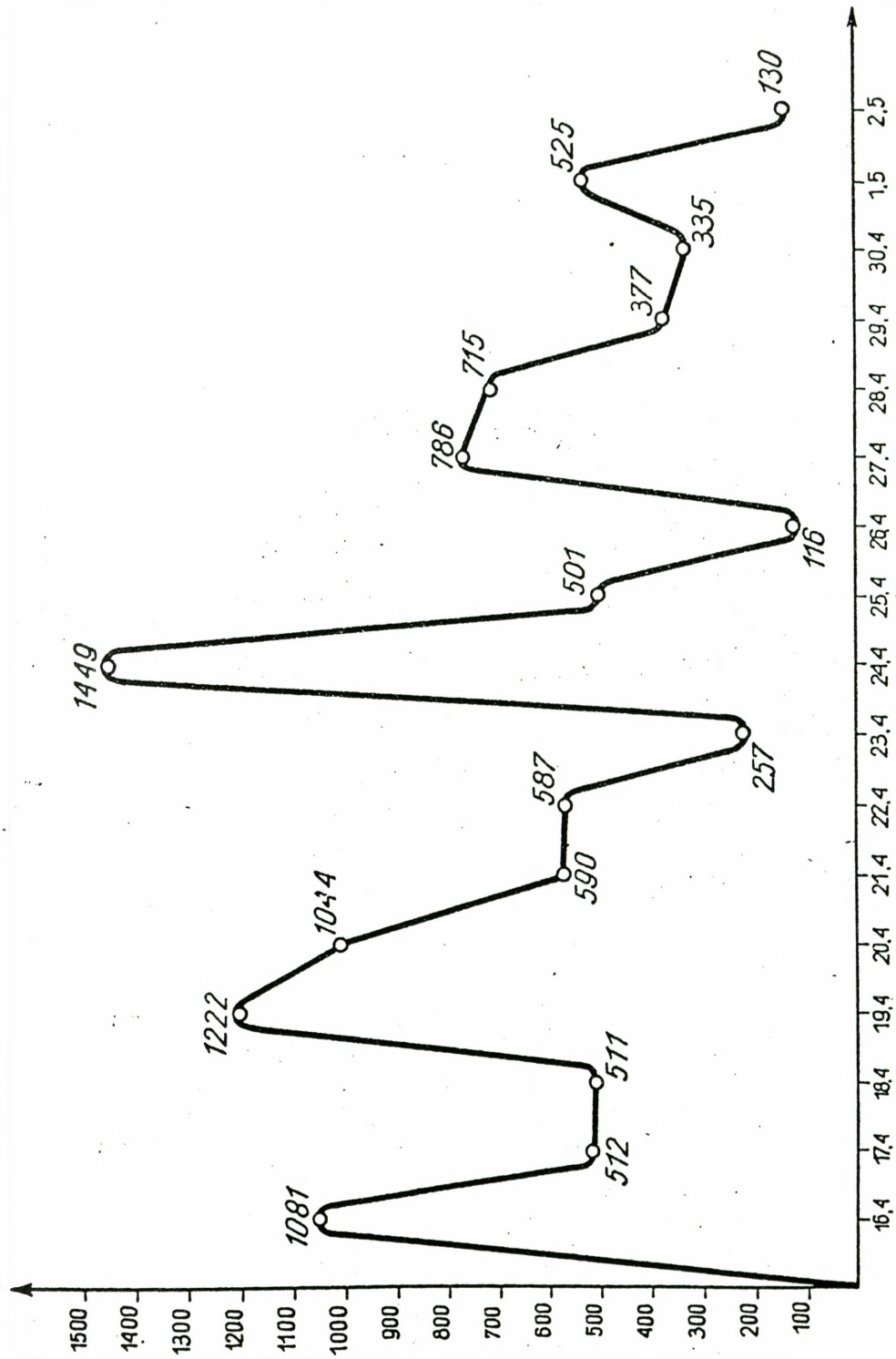
1. Ruch rannych i chorych na dywizyjnym etapie ewakuacji w działaniach 1 AWP.
2. Intensywność napływu rannych do dywizyjnych i brygadowych punktów medycznych w działaniach 1 AWP.
3. Wykres napływu rannych i chorych na punkty medyczne oddziałów 2 AWP w operacji berlińskiej.
4. Organizacja ewakuacji medycznej w operacji berlińskiej 1945.
5. Przewidywane kierunki zagrożeń Rzeczypospolitej Polskiej.
6. System rubieży, stref i rejonów obrony.
7. Struktura strat sanitarnych.
8. Ewakuacja medyczna w operacji obronnej .
Wysokość strat sanitarnych w wojskach OW w ciągu doby.
Struktura strat po użyciu różnych rodz. broni konwencjonalnej.
9. Wysokość przewidywanych strat sanitarnych wojsk OW.
Przewidywane straty sanitarne OW w operacji obronnej z użyciem BMAR.
10. Struktura strat ze względu na profil leczenia.
Ranni i chorzy wymagający pomocy specjalistycznej.
11. Struktura strat sanitarnych na współczesnym polu walki - zbiorcza.
12. Liczba ofiar w konfliktach na świecie 1992 i 1993.
13. Nasycenie przestrzeni operacyjnej Polski elementami TSMed w funkcji znaczenia strategicznego rejonu.
14. Orientacyjne wskaźniki dobowych strat w sprzęcie służby zdrowia.
15. Potencjał i możliwości jednostek służby zdrowia.
16. Schemat organizacyjny WSzR.
17. Schemat organizacyjny WSzG.
18. Schemat organizacyjny WSzE.
19. Potrzeby w zakresie zabezpieczenia TSMed.
20. Struktura Regionalnego Sztabu Wojskowego (wariant).

Rodzaj strat sanitarnych	Z ogólnej ilości strat sanitarnych									
	Przybyło		skierowano z powrotem do jednostek	ewakuowano do szpitali armii	operowano	umarło	pozostało na leczeniu			
	z PPM	z pola walki								
Ranni	9 393	595	200	9 049	4 919	340	399			
Oparzeni	32	-	6	24	19	2	-			
Kontuzjowani	171	-	57	103	-	-	11			
Chorzy	598	110	413	264	-	6	25			
Razem:	10 194	705	676	9 440	4 938	348	435			

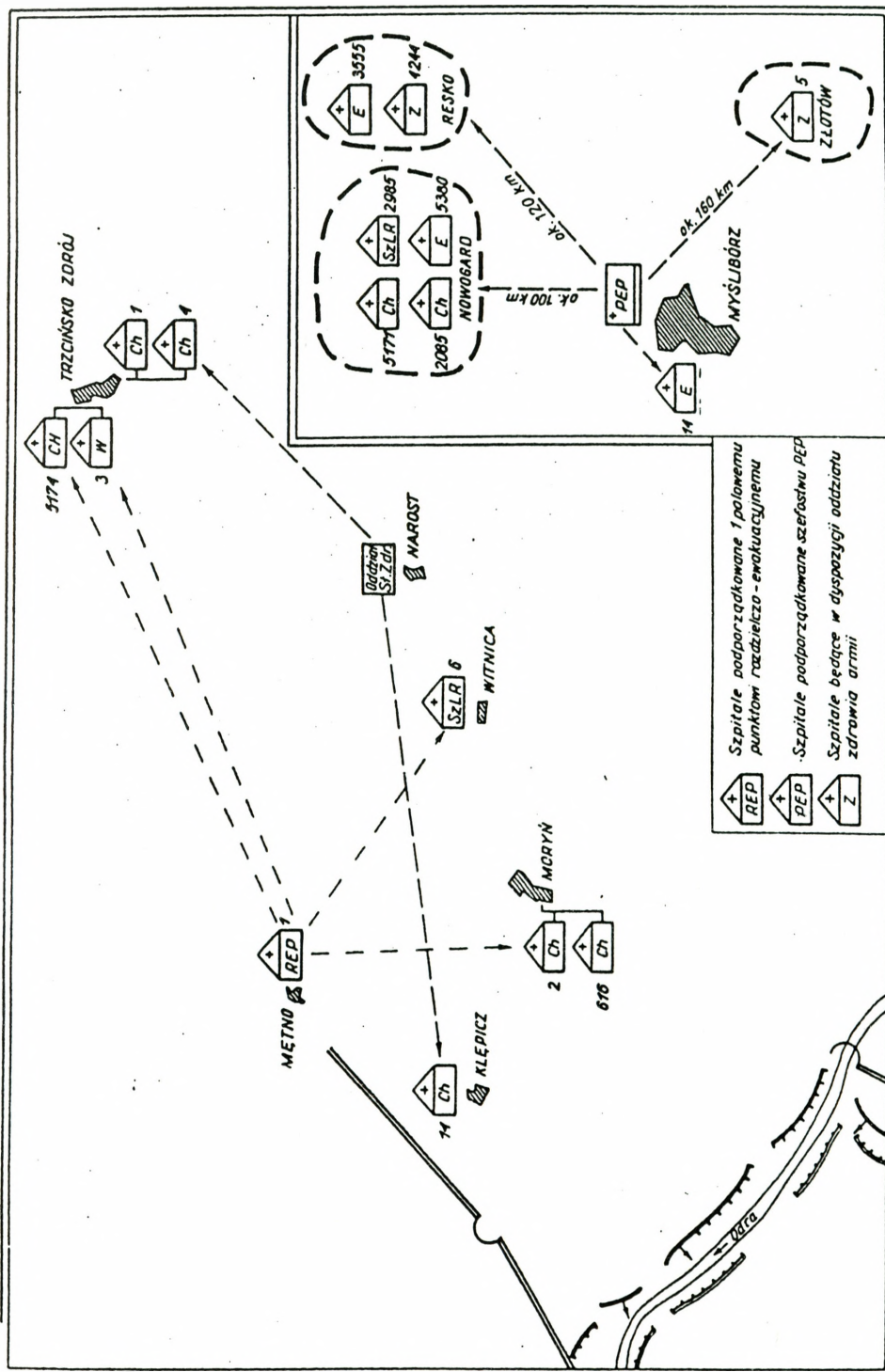
Zal. 1 Ruch rannych i chorych na dywizyjnym etapie ewakuacji medycznej w działaniach 1 AWP



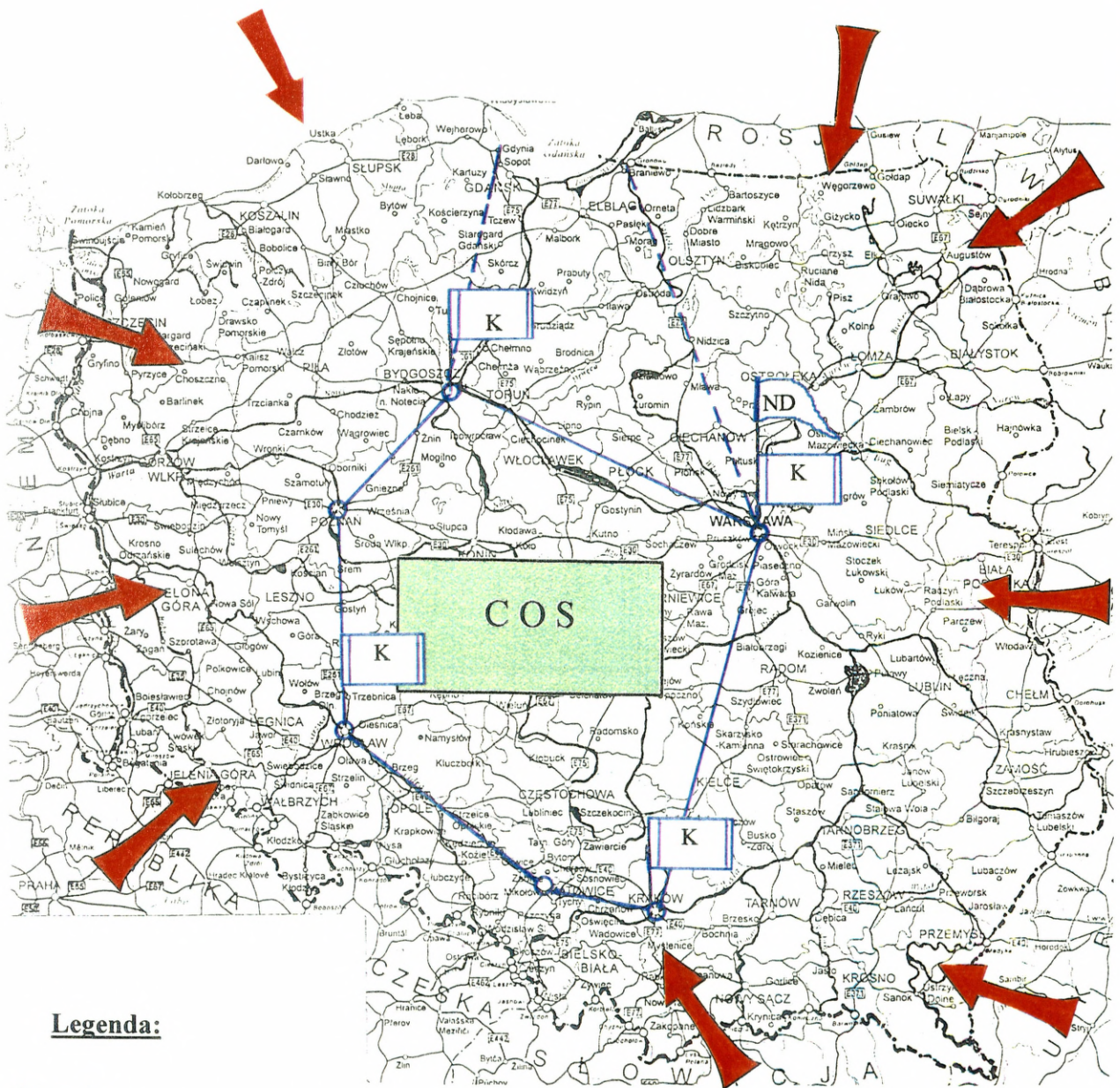
Zat. 2 Intensywność napływu rannych do dywizyjnych i brygadowych punktów medycznych w działaniach I AWP.



Zal.3 Wykres naplywu rannych i chorych na punkty medyczne oddzialów ZT 2 AWP w operacji berlińskiej



Zal. 4 Organizacja ewakuacji medycznej w operacji berlińskiej (kwiecień - maj 1945)



Legenda:

 przewidywane kierunki zagrożeń

 COS- Centralny Obszar Strategiczny

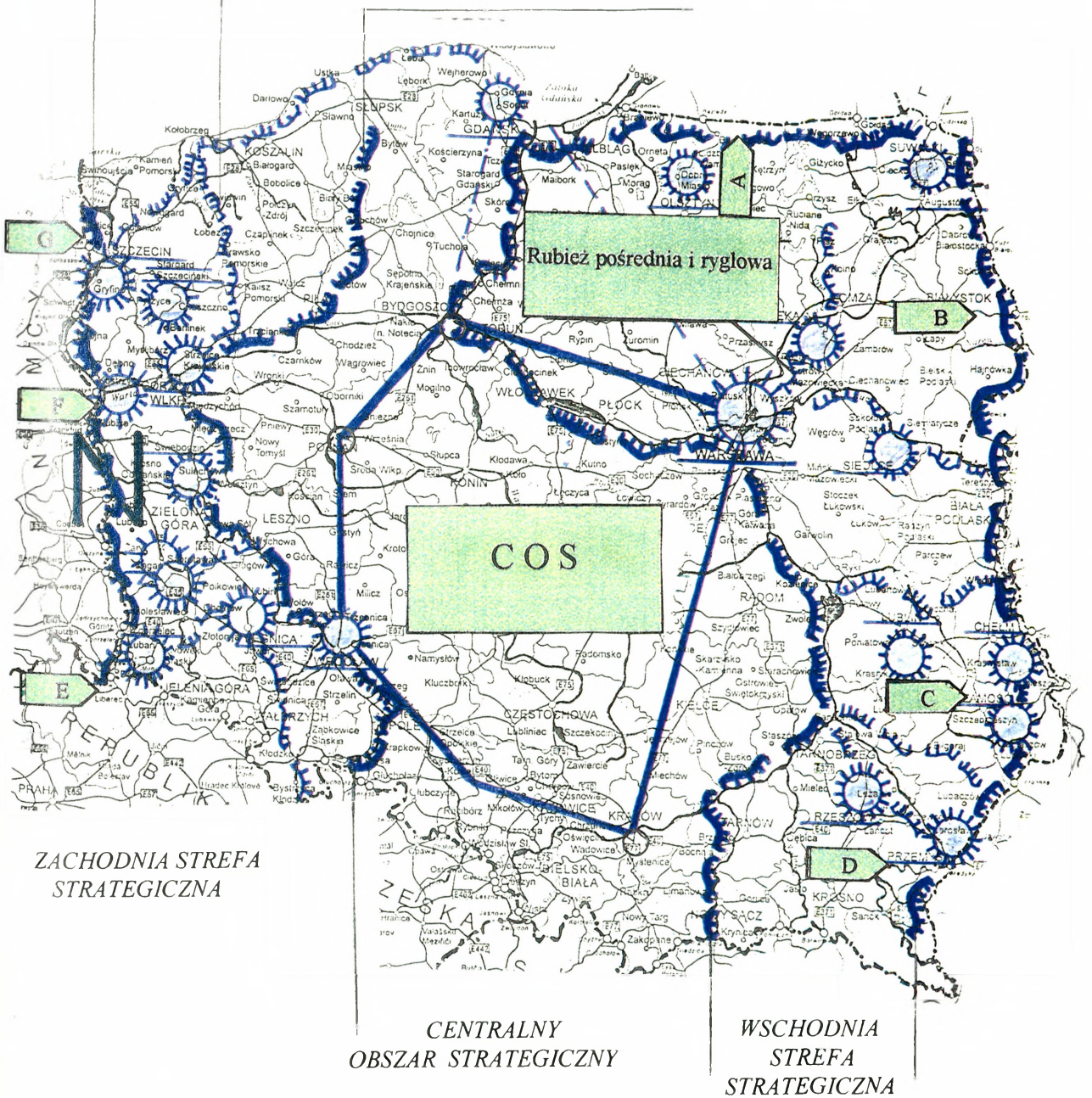
 ND SD Naczelnego Dowódcy

 K SD Korpusu Wojsk Lądowych

Zał. 5 Przewidywane kierunki zagrożeń Rzeczypospolitej Polskiej

Rubież pośrednia

II strategiczna rubież obrony



ZACHODNIA STREFA STRATEGICZNA

CENTRALNY OBSZAR STRATEGICZNY

WSCHODNIA STREFA STRATEGICZNA

LEGENDA:



- Rejony (obiekty) obrony o znaczeniu strategicznym

N - Zachodni Kierunek Strategiczny

W - Wschodni Kierunek Strategiczny



- Warmiński kierunek operacyjny



- Podlaski kierunek operacyjny



- Centralny kierunek operacyjny



- Małopolski kierunek operacyjny



- Śląski kierunek operacyjny



- Lubuski kierunek operacyjny



- Pomorski kierunek operacyjny



- Rubieże strategiczne



- Rubieże pośrednie i ryglowe

Zał. 6 System rubieży, stref i rejonów obrony

Rodzaj uszkodzenia	Czynnik rażenia						Chorzy
	broń jądrowa	promieniowanie szcążkowe	broń chemiczna	broń biologiczna w procentach	broń konwencjonalna	Psychozy reaktywne	
Urazy mechaniczne, zranienia, kontuzje	5 - 10				55 - 70		
Oparzenia	10 - 20		5 - 10		10 - 15		
Choroba popromienna	5 - 45	70 - 80	90 - 95	50 - 70		5 - 15	
Zatrucia				30 - 50		80 - 90	100
Zachorowania	40 - 50	10 - 20			20 - 25		
Urazy mieszane w tym: urazy mechaniczne, oparzenia, choroby popromienne	12 - 15	10 - 20				0 - 10	
urazy mechaniczne, oparzenia (przewaga urazów mechanicznych)	3 - 5				8 - 10		
oparzenia, urazy mechaniczne (przewaga oparzeń)					12 - 15		
urazy mechaniczne, choroby popromienne	3 - 5						
oparzenia, choroby popromienne	15 - 25						

Zal. 7 Struktura strat sanitarnych (rodzaj uszkodzenia) po użyciu broni masowego rażenia i konwencjonalnej

Nazwa etapu	Dobowy czas pracy (w godz)	Liczba rozwinięć w operacjach	Dobowe możliwości (%)
Brygadowy punkt opatrunkowy (BPO)	12 - 16	4 - 5	60 - 75
Dywizyjny punkt opatrunkowy (DPO)	16 - 20	3 - 4	45 - 60
Kompania wzmocnienia medycznego (kwm)	16 - 20	3 - 4	45 - 60
Kompania szpitalna (kszp)	-	1 - 2	15 - 30

Ewakuacja medyczna w operacji obronnej (7 dni)

Rodzaj wojsk	Szczebel organizacyjny	Operacyjne rozwinięcie	Operacja obronna	Przeciwu-uderzenie	Marsz
Wojska operacyjne	batalion	1 - 2	10 - 15	12 - 18	2
	brygada	2 - 3	5 - 8	7 - 12	1
	dywizja	1,5 - 2	4 - 8	5 - 10	0,5
	KZ	0,5 - 1,5	2 - 3	3 - 5	-
	OW	0,5 - 1,5	1 - 2,5	1,5 - 2,5	-
Wojska obrony terytorialnej	BOT	0 - 2	2 - 4	3 - 6	-

Wysokość strat sanitarnych w wojskach OW w ciągu doby

Stopień obrażeń	Rodzaj broni			
	precyzyjna	próżniowa	zapalająca	inna
Lekko ranni	25	45	20	35
Średnio ranni	10	40	35	40
Ciężko ranni	5	10	15	15
Bardzo ciężko ranni	60	5	30	10
RAZEM	100	100	100	100
Podlega ewakuacji poza rejon taktyczny	85	95	90	90
ze względu na stan lekki	5	4	6	6
pozostaje ze względu na stan ciężki	10	1	4	4

Struktura strat sanitarnych po użyciu różnych rodzajów broni konwencjonalnej oraz potrzeba ewakuacji poza rejon taktyczny w %

Czynnik rażenia oraz zab. psychiczne i zachorowania	Straty dobowe		Straty w operacji		Średnie straty			
	liczba	%	liczba	%	dobowe		w operacji	
					liczba	%	liczba	%
Broń konwencjonalna	2530 - 4600	1,1 - 2	16330 - 25300	7,1 - 11	3680	1,6	25760	11,2
Ostre zaburzenia psychiczne	690 - 1150	0,3 - 0,5	4830 - 8050	2,1 - 3,5	920	0,4	6440	2,8
Zachorowania	230	0,1	1610	0,7	230	0,1	1150	0,5
RAZEM	3450 - 5980	1,5 - 2,6	25990 - 49910	11,3 - 21,7	4830	2,1	33350	14,5

Wysokość przewidywanych strat sanitarnych wojsk OW

Czynnik rażenia oraz zaburzenia psychiczne i zachorowania	Straty dobowe		Straty w operacji	
	liczba	%	liczba	%
Broń jądrowa	6900 - 8050	3,0 - 3,5	48300 - 56350	21 - 24,5
Broń konwencjonalna	1150 - 2300	0,5 - 1,0	8050 - 16100	3,5 - 7,0
Promieniowanie szczałkowe	1150 - 1380	0,5 - 0,6	8050 - 9660	3,5 - 4,2
Broń chemiczna	690 - 1610	0,3 - 0,7	4830 - 11270	2,1 - 4,9
Broń biologiczna	690 - 920	0,3 - 0,4	4830 - 6440	2,1 - 2,8
Ostre zaburzenia psychiczne	230 - 690	0,1 - 0,3	1610 - 4830	0,7 - 2,1
Zachorowania	230	0,1	1610	0,7
RAZEM	11040 - 15180	4,8 - 6,6	77280 - 106260	33,6 - 46,2

Przewidywane straty sanitarne OW w operacji obronnej z użyciem broni masowego rażenia

Czynnik rażenia oraz zaburzenia psychiczne i zachorowania	Działania bojowe z użyciem BMR				Działania bojowe z użyciem broni konwencjonalnej			
	Profil leczenia							
	zabiegowy		zachowawczy		zabiegowy		zachowawczy	
	przedział	średnio	przedział	średnio	przedział	średnio	przedział	średnio
Broń jądrowa	80 - 90	85	10 - 20	15				
Promieniowanie szczałkowe	10 - 15	12,5	85 - 90	87,5				
Broń chemiczna	5 - 10	7,5	90 - 95	92,5				
Broń biologiczna	-	-	100	100				
Broń konwencjonalna	95 - 100	97,5	0 - 5	2,5	95 - 100	97,5	0 - 5	2,5
Ostre zaburzenia psychiczne	0 - 10	5	90 - 100	95	0 - 10	5	90 - 100	95
Zachorowania	0 - 10	5	90 - 100	95	0 - 10	5	90 - 100	95

Struktura strat sanitarnych ze względu na profil leczenia w % stanu strat sanitarnych

Pomoc specjalistyczna	Czynnik rażenia							Chorzy	Ostre stany reaktywne
	broń jądrowa	promieniowanie szczałkowe	broń konwencjonalna	broń chemiczna	broń biologiczna	% ogólnej liczby strat			
						broń jądrowa	broń biologiczna		
Neurochirurgiczna	2	-	8	-	-	-	1	-	
Torakoabdominalna	2	-	6	-	-	-	1	-	
Ortopedyczna	3	-	20	-	-	-	3	-	
Operacje plastyczne (po oparz.)	23	-	8	-	-	-	-	-	
Ogólnochirurgiczna	13	-	15	-	-	-	3	-	
W zakresie chorób zakaźnych	-	-	-	-	50	-	24	-	
Internistyczna	16	80	-	45	25	-	20	-	
Neurologiczna	1	-	3	10	10	-	5	50	
Dermatologiczna	-	-	-	-	-	-	13	-	
Ambulatoryjna	25	5	30	20	-	-	25	20	
OGÓLEM	85	85	90	75	85	-	95	70	

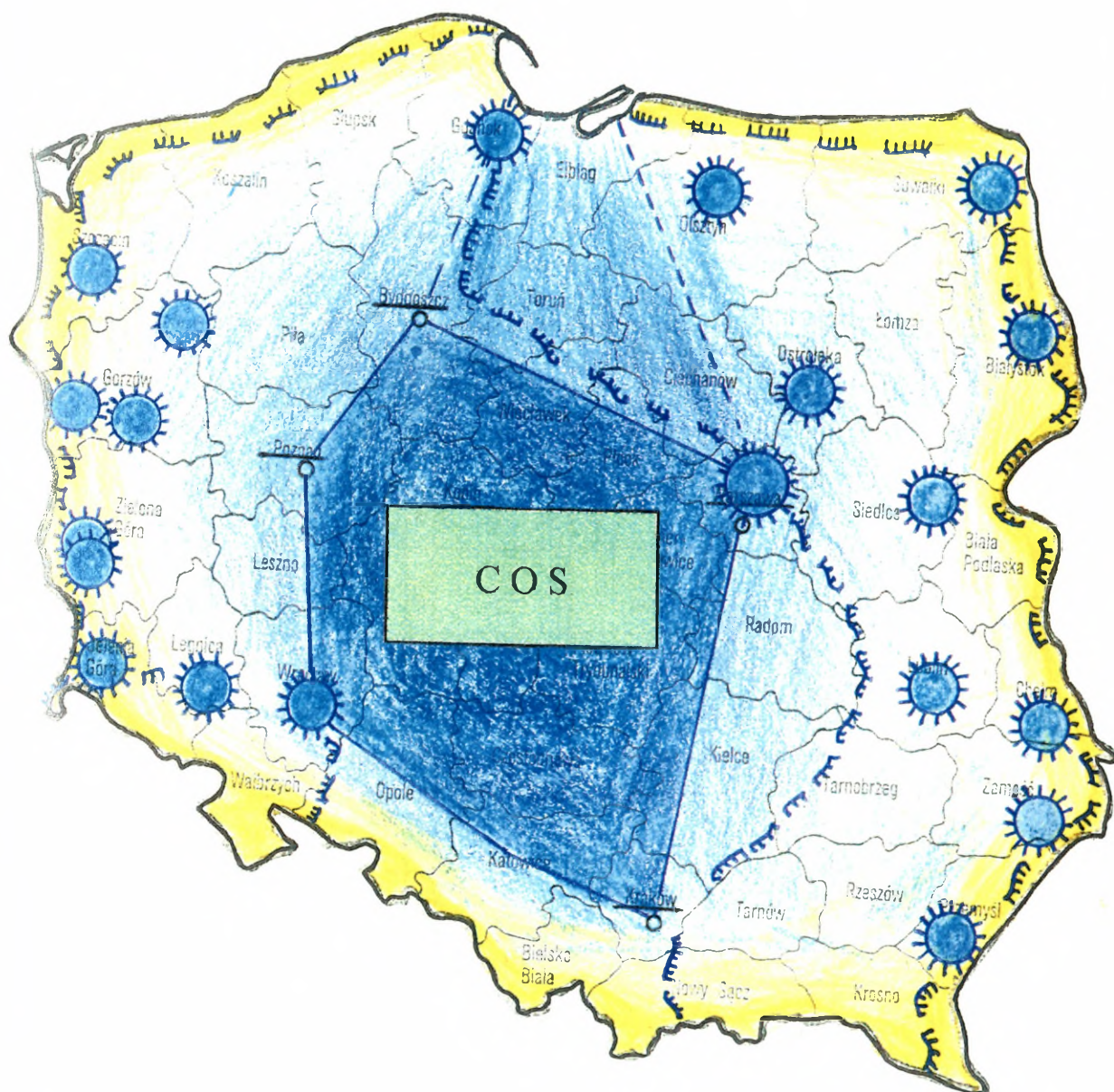
Ranni i chorzy wymagający pomocy specjalistycznej

Rodzaj środka rażenia	Struktura urazów (porażen)							Pozostaje w punktach opatrunko- wych	Napływa do oddziałów szpitalnych								Razem do szpitali	
	Wg rodzajów		Względem okolicy ciała		Według ciężkości				Ch	O	P-o	Nch	W	N	Z	D		
	nazwa	%	nazwa	%	ciężkie	średnie	lekkie											
Broń konwencjonalna	zranienia zlamania kontuzje	63	głowa, szyja, kregosłup	10	2-3	3	2-4	2	-	-	-	8	-	-	-	-	8	
			klatka piersiowa brzuch	13	4-4	2-3		3	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
			duże kości	40	2-3	12-13	25	2	18	20	-	-	-	-	-	-	-	38
	oparzenia	37	izolowane	15	2	2	11	2	6	-	6	-	-	-	1	-	-	13
			z przewagą ur. mech.	12	2	4	6	1	10	-	-	-	-	1	-	-	-	11
		bez przewagi ur. mech.	10	1-2	1	7-8	-	7	-	2	-	-	1	-	-	-	10	
Razem	100		100	13-17	24-26	56-59	10	51	20	8	8	-	3	-	-	-	90	
Broń jądrowa	zranienia zlamania kontuzje	8	głowa, szyja, kregosłup	2,5	1	0,5	1	0,5	-	-	-	2	-	-	-	-	2	
			klatka piersiowa brzuch	2,3	1,5	0,3	0,5	0,3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
			duże kości, stawy	3,2	1,7	0,8	0,7	0,2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
	ch. poprom.	18	ostra ch. poprom.	18	6	8	4	2	-	-	-	-	16	-	-	-	16	
	oparzenia	25	izolowane	25	5,5	7,7	11,8	3	2	-	20	-	-	-	-	-	22	
	urazy kombino- wane	49	oparzenie + uraz mech.	16,5	8	4,5	4	4	9	-	3	-	-	0,5	-	-	-	7
			oparzenie + o.ch.poprom.	10	2	3	5	3	6,5	-	-	-	-	0,5	-	-	-	7
			oparzenie + u.m. + o.ch.p.	10	2	2	6	1	9	-	-	-	-	-	-	-	-	9
		u.m. + o.ch.p.	12,5	7,3	3,2	2	1	11,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,5
	Razem	100		100	3,5	3,0	3,5	1,5	40	3	23	2	16	1	-	-	-	85
Promienio- twórcze skażenie	ch. poprom.	100		100	20	40	25	15	5	-	-	-	80	-	-	-	85	
Broń chemiczna	środki drgawko- wo-para- lityczne	85	układ nerwowy	37	29	8	-	15	5	-	-	-	7	10	-	-	22	
			układ oddechowy	21	8	13	-	5	4	-	-	-	12	-	-	-	-	16
			narząd wzroku	17	-	5	22	1	6	-	-	-	20	-	-	-	-	26
	środki parzące	10	układ oddechowy	7	2	1	4	1	1	-	-	-	5	-	-	-	-	6
			narząd wzroku	1	0,1	0,2	0,7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
			skóra	2	0,5	1,0	0,5	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
inne	5	układ oddechowy	5	-	-	5,0	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	
Razem	100		100	39,6	28,2	32,2	25	18	-	-	-	47	10	-	-	-	75	
Broń biologiczna	poraze- nia	70	toksycznymi	70	65	5	-	10	-	-	-	7	8	45	-	-	60	
		30	bakteryjne	30	5	15	10	5	-	-	-	18	2	5	-	-	25	
	Razem	100		100	70	20	10	15	-	-	-	25	10	50	-	-	85	
Choroby somaticzne		8	o profilu zabiegowym	8	6	2	-	-	4	3	-	1	-	-	-	-	8	
		92	o profilu zachowawczym	92	32	27	28	5	25	-	-	-	20	5	24	13	37	
	Razem	100		100	38	29	28	5	29	3	-	1	20	5	24	13	95	
Psychozy	Razem	100		100				30	20	-	-	-	50	-	-	-	70	

Zal. 11 Struktura strat sanitarnych na współczesnym polu walki

Zestawienie danych w roku						
Region	1992			1993		
	liczba konf.	liczba ofiar		liczba konf.	liczba ofiar	
świata		ogółem	śr. na konf.		ogółem	śr. na konf.
Afryka	8	13 800 - 16 100	1638 - 2013	8	307 500 - 308 800	38 457 - 38 600
Azja	14	14 000 - 40 000	1000 - 2858	11	25 608 - 32 608	2328 - 2965
Ameryka Centr i Srodkowa	3	5380	1794	3	1800	600
Europa	4	11 400 - 21 400	2850 - 5350	6	11 186 - 34 586	2364 - 5765
Srodkowy Wschód	5	3650 - 3850	730 - 780	6	3200 - 3400	530 - 580

Zal. 12 Liczba ofiar w konfliktach w latach 1992 i 1993



(Rejony i obiekty o znaczeniu strategicznym wg. B. Balcerowicz „Myśl Wojskowa 3/92 s.9)

LEGENDA:

- intensywny kolor żółty w przygranicznych pasach przestąpienia oznacza nasycenie zerowe bądź znikome.
- Przechodzenie z bladego w ciemniejszy niebieski oznacza jego wzrost. Kolor ciemnoniebieski na rubieżach obrony, w rejonach strategicznych i w COS oznacza maksymalne nasycenie elementami TSMed.

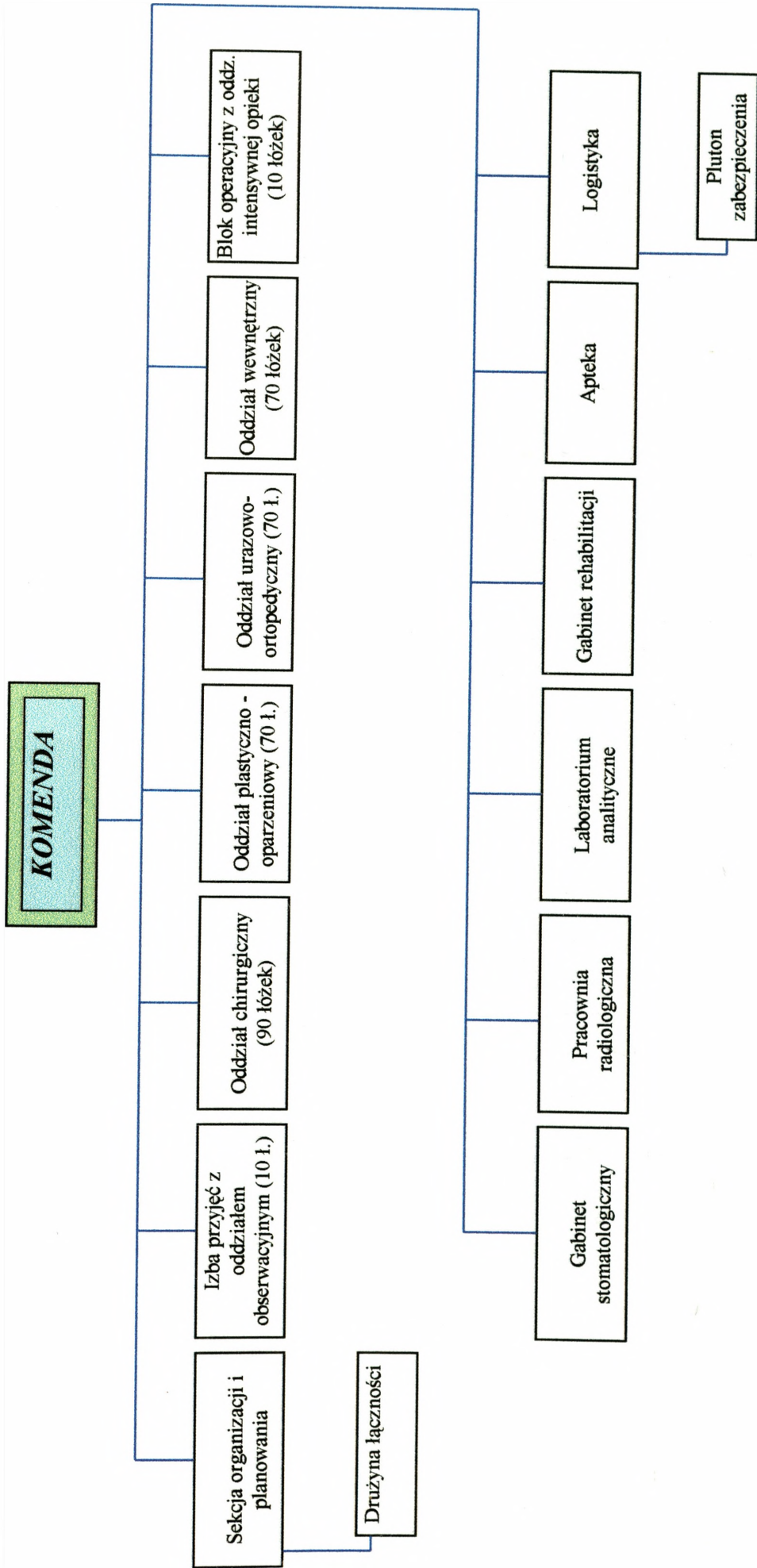
Zal. 13 Nasycenie przestrzeni operacyjnej Polski elementami TSMed w funkcji znaczenia strategicznego rejonu

Rodzaj sprzętu	Działania obronne						Przeciwwuderzenie						Podział wg kwalifikacji do odpowiedniego remontu										
	I rzut			II rzut			I rzut			II rzut			I rzut			II rzut							
	Za dzień walki		Średnio	Za dzień walki		Średnio	Za dzień walki		Średnio	Za dzień walki		Średnio	Za dzień walki		Średnio	Za dzień walki		Średnio					
	BZ	DZ	KZ	BZ	DZ	KZ	BZ	DZ	KZ	BZ	DZ	KZ	BZ	DZ	KZ	RB	RS	RG	SB	RB	RS	RG	SB
Na samochodach	-	-	-	5-7	4-6	2-4										50	35	10	5	50	35	10	5
Na przyczepach	-	-	-	4-6	3-5	1-3						8-11	5-7	3-5	50	35	10	5	50	35	10	5	

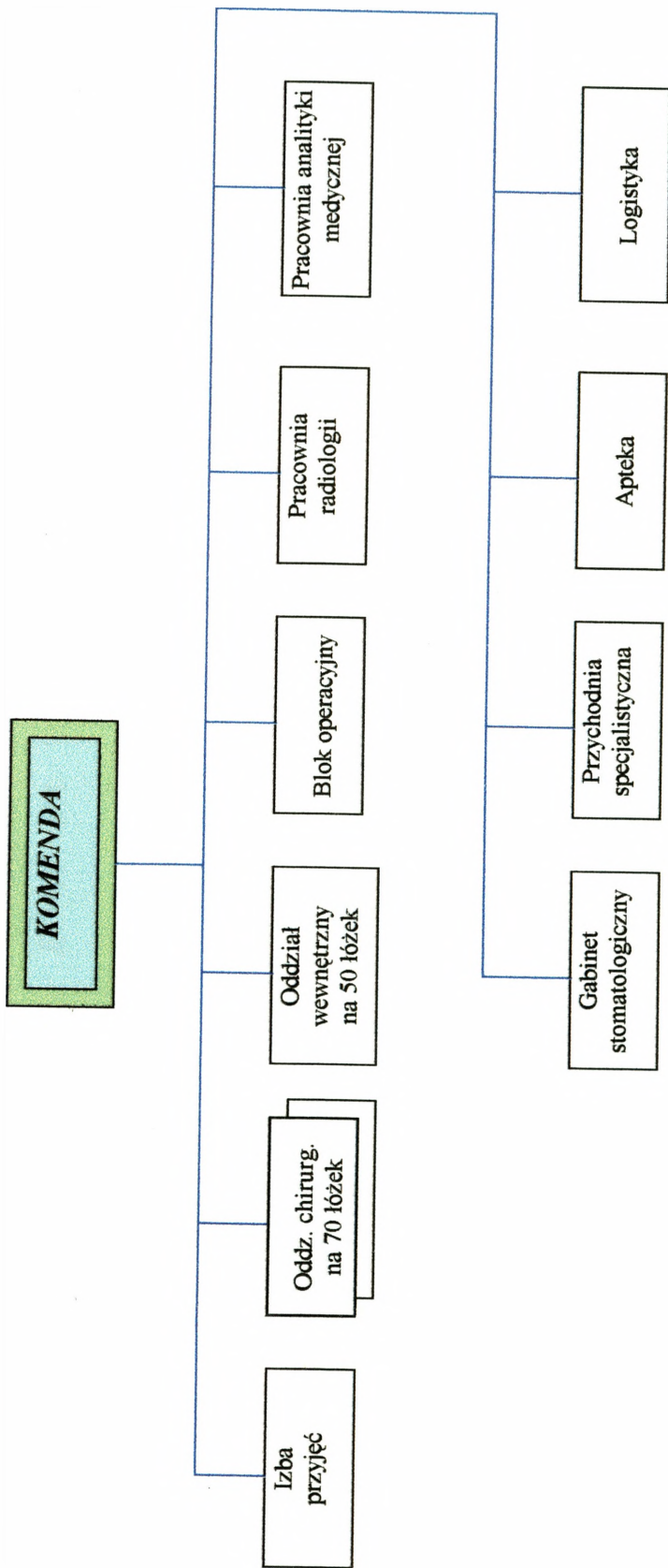
Zal. 14 Orientacyjne wskaźniki dobowych strat w sprzęcie służby zdrowia (w % w stosunku do stanu wyjściowego)

Szczebel organizacyjny	Nazwa jednostki strukturalnej organizacyjnej	Stan osobowy	Podstawowe wyposażenie	Możliwości wykonawcze
OW	Batalion wzmoc. medycznego - komp. wzmocnienia medycznego -3 - komp. szpit. -3 - k. sanitariuszy -1 - komp. p. epidem. -1 - sekcja lek. specjal. -1	745	- 6 zespołów operacyjnych na samochodach - 25 samochodów sanitarnych wielonozowych - 4 laboratoria służby zdrowia na samochodach	- rozwija 3 dywizyjne punkty opatrunkowe (DPO) - pomoc med. 1800 - 3000 ran./dobę - ewakuacja 270 rannych w 1 rejsie - hospitalizacja 450 rannych przez okres 5-7 dni
	Kompania samochodów sanitarnych - pluton samochod. sanit. -2 - pluton autob. sanit. -2	194	- 30 samochodów sanitarnych - 30 autobusów sanitarnych	- ewakuacja 1200 rannych w 1 rejsie
Szczebel centralny	Szpital rezerwowy - oddział przyjęć z oddz. obser. (10Ł) -1 - oddział chirurgiczny (70Ł) -1 - oddział oparzen. - plast. (70Ł) -1 - oddział wewnętrzny (70Ł) -1 - blok operac. z oddz. intens. opieki med. (10Ł) -1	180	- materiał zaopatrzenia bieżącego na 300 ł./m-c	- hospitalizacja 300 rannych
	Batalion wzmocnienia medycznego	745	jak w OW	jak w OW

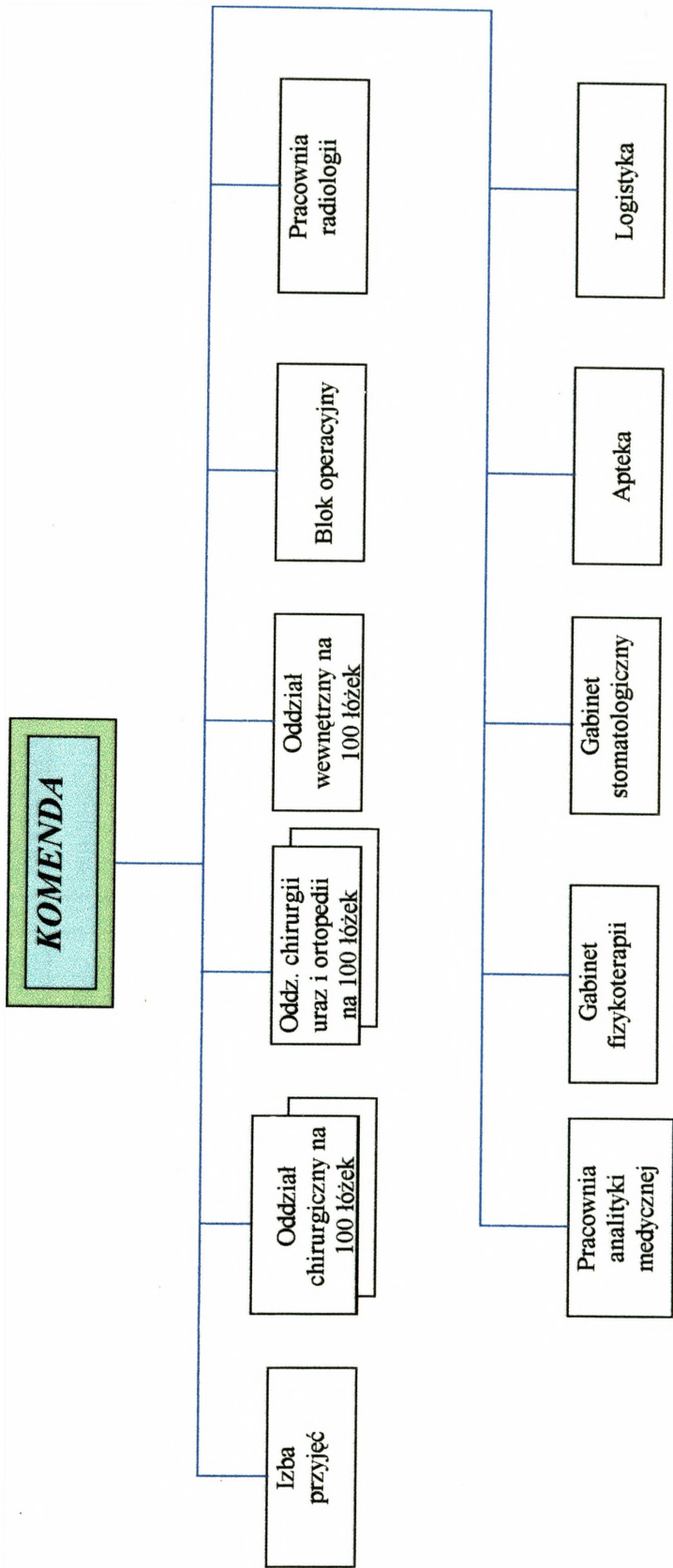
Załącznik 15 Potencjał i możliwości jednostek służby zdrowia



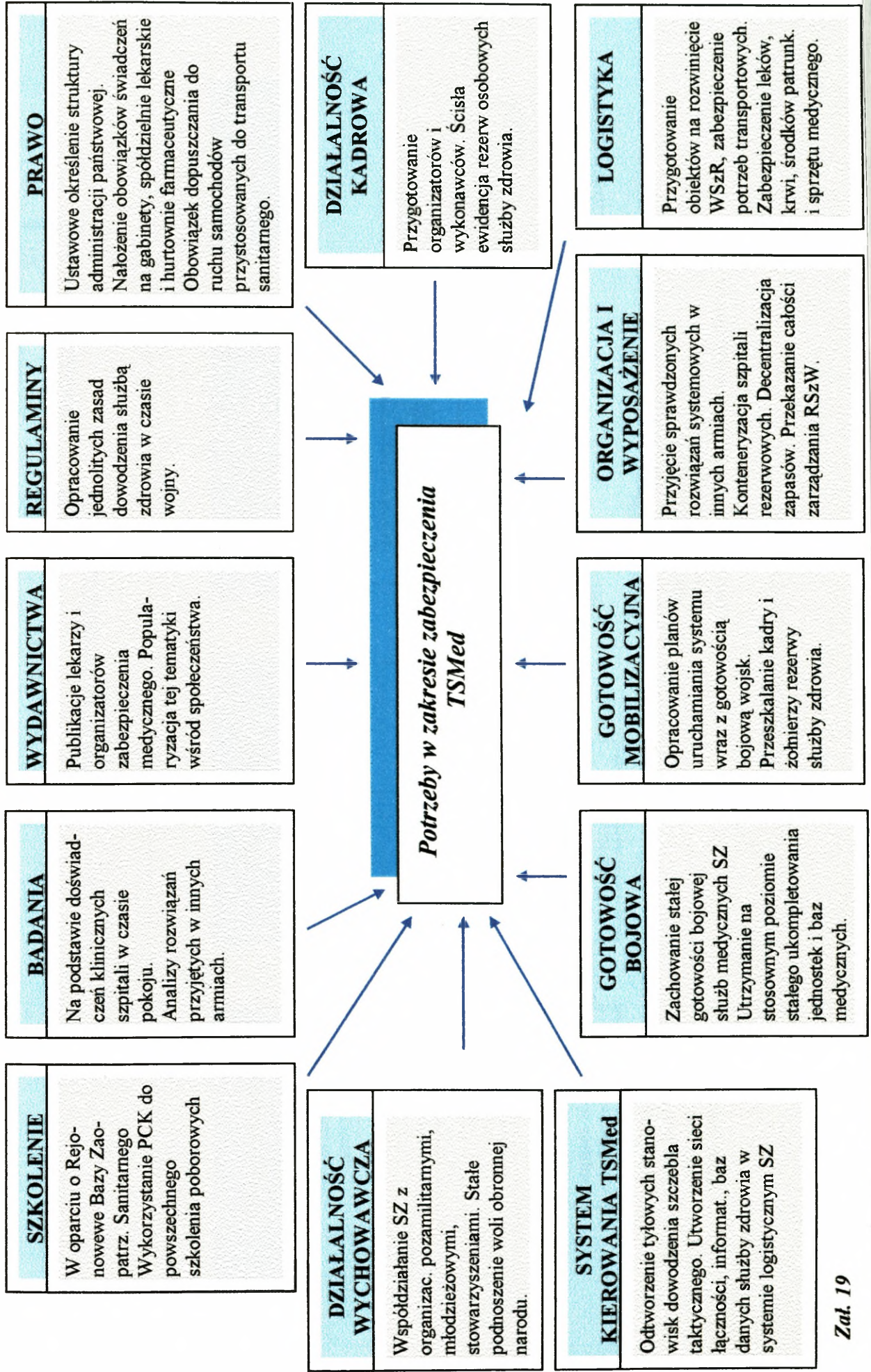
Zat. 16 Schemat organizacyjny Wojskowego Szpitala Rezerwowego

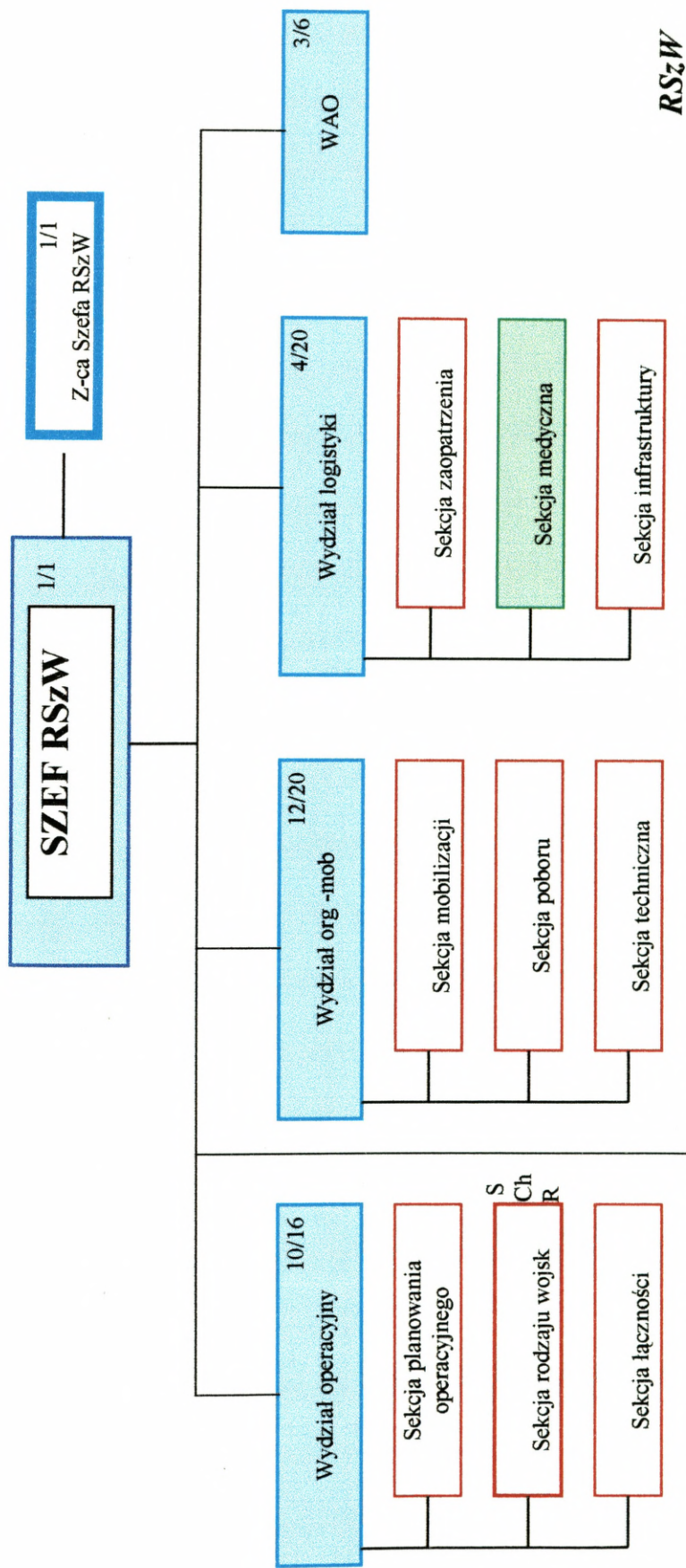


Zal. 17 Schemat organizacyjny Zmilitaryzowanego Szpitala Garnizonowego



Zat. 18 Schemat organizacyjny Wojskowego Szpitala Ewakuacyjnego





Pododdziały
zabezpieczenia

Legenda:

- Sekcja medyczna:*
- lecznictwo i zabezpieczenie przeciwepidemiczne
 - organizacja ewakuacji
 - zaopatrzenie i technika medyczna
 - koordynacja zadań z cywilną służbą zdrowia

10/15
Wezeł łączności

20/86
Kompania ochrony i zabezpieczenia

- pluton ochrony
- pluton łączności
- pluton transportowy
- pluton gospodarczy

Zal. 20 Struktura RSzW (wariant)

A N E K S Y

**AKADEMIA OBRONY NARODOWEJ
WYDZIAŁ STRATEGICZNO - OBRONNY**

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

W wydziale Strategiczno - Obronnym Akademii Obrony Narodowej podjęte zostały badania na temat: „Terytorialny system zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w czasie wojny”.

W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o udzielenie obiektywnych i wyczerpujących odpowiedzi na pytania zawarte w niniejszym kwestionariuszu.

Zgromadzone informacje pozwolą sformułować wnioski do określenia stanu i kierunków rozwoju systemu szpitali wojskowych czasu wojny. W wypadku reprezentowania odmiennego zdania niż to wynika z proponowanych opcji, uprzejmie prosimy o zamieszczenie własnego komentarza. Ewentualne inwencje i sugestie będą bardzo mile przyjęte.

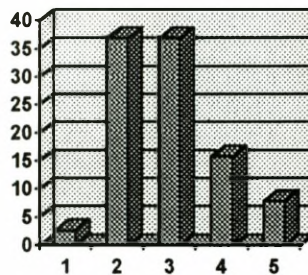
KWESTIONARIUSZ JEST ANONIMOWY

A n e k s 1

WARSZAWA 1996 - 1998

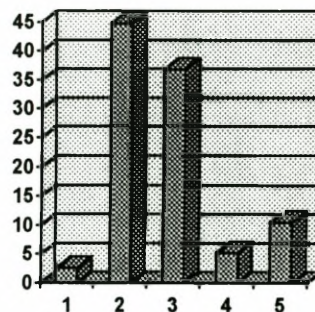
1. Czy obecny system przeszkalania żołnierzy rezerwy dla potrzeb wojskowej służby zdrowia okresu „W” jest w pełni efektywny ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



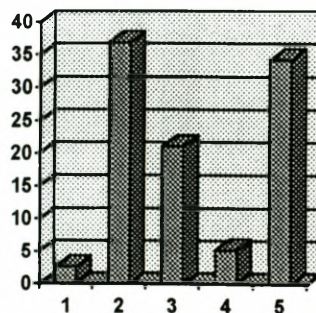
2. Czy zakres i częstotliwość ćwiczeń jednostek służby zdrowia zapewnia utrzymanie, przez biorącą w nich udział kadrę zawodową i żołnierzy, wymaganego stopnia przygotowania do działania w strukturach czasu „W” ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



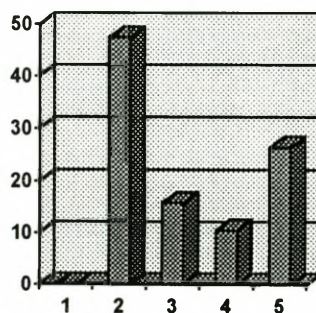
3. Czy obowiązujące instrukcje i zarządzenia uwzględniają specyfikę wojskowej służby zdrowia okresu „W” w zakresie szkolenia rezerw osobowych ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



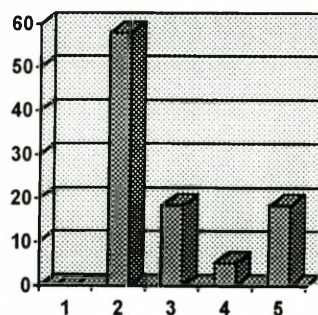
4. Czy obowiązująca instrukcja o rozwijaniu rezerwowych szpitali wojskowych odpowiada potrzebom ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



5. Czy proponowana w instrukcji organizacja rezerwowego szpitala wojskowego jest właściwa ?

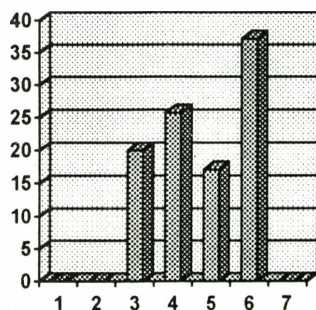
- 1) zdecydowanie trafna
- 2) raczej trafna
- 3) raczej nietrafna
- 4) zdecydowanie nietrafna
- 5) nie mam zdania



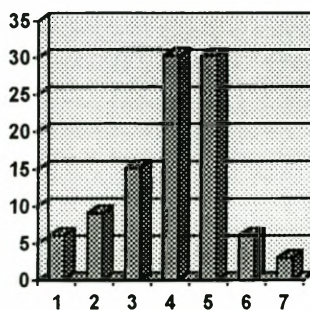
6. Jaki powinien być wg Pana wiek żołnierzy rezerwy posiadających przydziały mobilizacyjne do szpitali wojskowych okresu „W” ?

- a) 30 lat; b) 32 lat; c) 35 lat; d) 40 lat;
 e) 45 lat; f) 50 lat; g) inny (*jaki ?*)

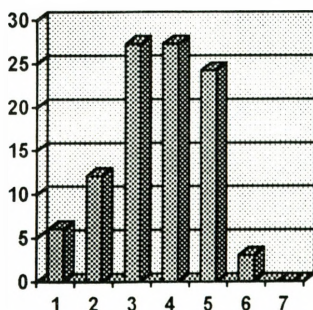
1) oficerów rezerwy



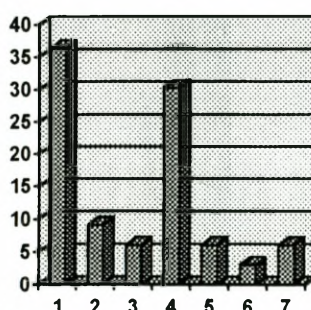
2) chorążych rezerwy



3) podoficerów rezerwy

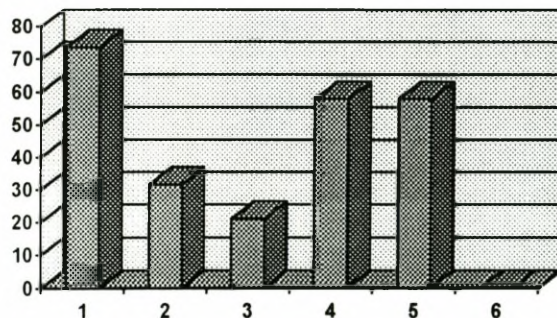


4) szeregowych rezerwy



7. W jakim kierunku powinny iść zmiany obecnego systemu szkolenia rezerw osobowych, aby uwzględniały specyfikę wojskowej służby zdrowia okresu „W” (można zakreślić kilka odpowiedzi) ?

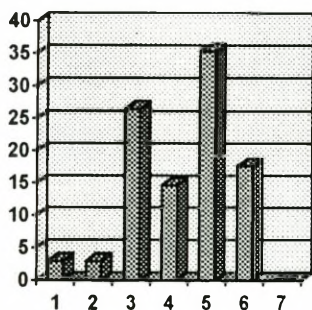
- 1) zwiększenie praktycznego szkolenia w czasie ćwiczeń wojskowych
- 2) krótsze przebywanie na przydziałach mobilizacyjnych
- 3) zwiększenie częstotliwości odbywania ćwiczeń
- 4) dobrowolność przebywania na przydziale mobilizacyjnym przez żołnierzy rezerwy
- 5) zwiększenie środków finansowych otrzymywanych przez żołnierzy rezerwy
- 6) inne (jakie ?)



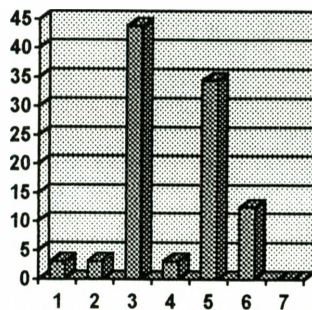
8. Jaki powinien być wg Pana okres przebywania na przydziale mobilizacyjnym przez żołnierzy rezerwy ?

- a) 5 lat; b) 7 lat; c) 10 lat; d) 12 lat;
 e) 15 lat; f) 20 lat; g) inny (*jaki ?*)

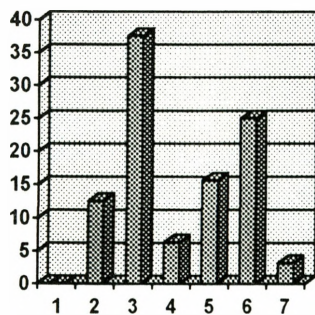
1) oficerów rezerwy



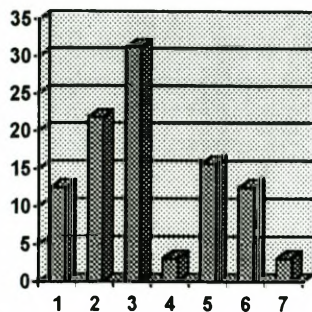
2) chorążych rezerwy



3) podoficerów rezerwy

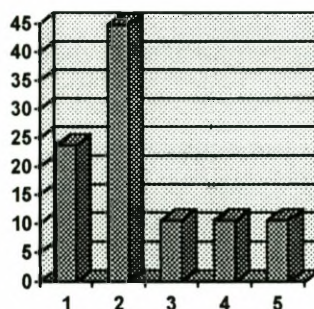


4) szeregowych rezerwy



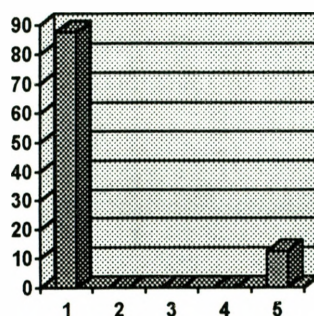
9. Czy przebywanie na przydziale mobilizacyjnym powinno być dobrowolne ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



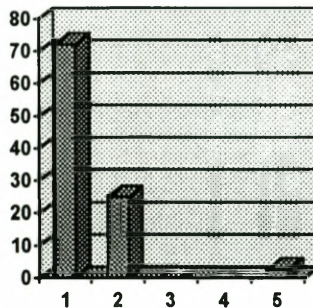
10. Czy osoby wyznaczone na stanowiska kierownicze /komendanci, ordynatorzy/ wojskowych szpitali czasu „W”, powinni być na stałe dodatkowo gratyfikowani finansowo ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



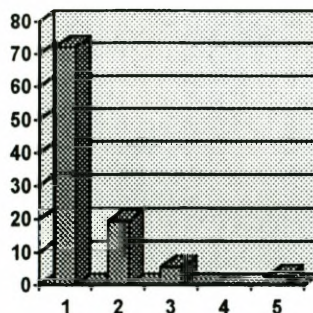
11. Czy w przypadku zamieszkiwania żołnierza rezerwy w okolicach jednostki (z terenu miasta, gminy) powinno się ich zwalniać po odbyciu szkolenia w danym dniu ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



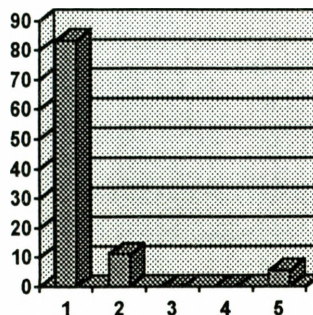
12. Czy propozycja rozwinięcia szpitali czasu „W” na bazie obiektów stałych (sanatoria, szkoły, hotele itp.) wybranych garnizonów jest słuszna ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



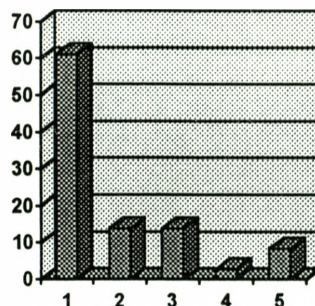
13. Co sądzi Pan /Pani/ o propozycji rekonesansu i wcześniejszego (przed mobilizacją) przygotowania (zasilanie w wodę, energię elektr., dostosowanie infrastruktury itp.) obiektów przewidzianych na rozwijane szpitale czasu „W” ?

- 1) zdecydowanie trafna
- 2) raczej trafna
- 3) raczej nietrafna
- 4) zdecydowanie nietrafna
- 5) nie mam zdania



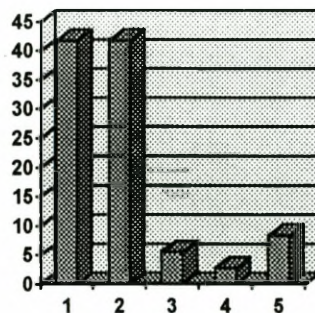
14. Co sądzi Pan /Pani/ o propozycji wcześniejszego zgromadzenia wyposażenia medyczo-sprzętowego w w/w obiektach przed mobilizacją ?

- 1) zdecydowanie trafna
- 2) raczej trafna
- 3) raczej nietrafna
- 4) zdecydowanie nietrafna
- 5) nie mam zdania



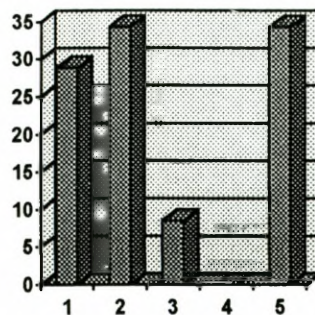
15. Co sądzi Pan /Pani/ o propozycji zaopatrywania w leki, śr. jedn. użytku itp. z miejscowych źródeł zaopatrywania (apteki, hurtownie itd.) ?

- 1) zdecydowanie trafna
- 2) raczej trafna
- 3) raczej nietrafna
- 4) zdecydowanie nietrafna
- 5) nie mam zdania



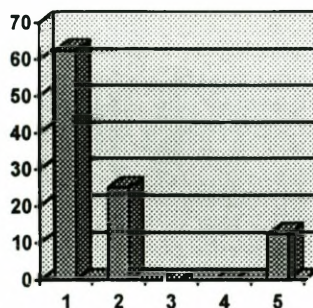
16. Co sądzi Pan /Pani/ o propozycji powoływania do rozwijanych szpitali personelu z rezerw osobowych lokalnego RSzW (o ile to możliwe) ?

- 1) zdecydowanie trafna
- 2) raczej trafna
- 3) raczej nietrafna
- 4) zdecydowanie nietrafna
- 5) nie mam zdania



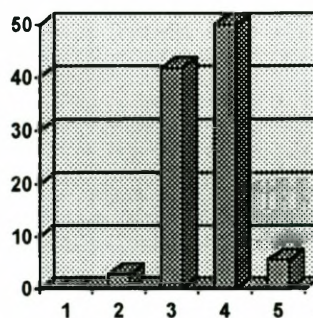
17. Czy wg Pana wprowadzenie w życie propozycji przedstawionych w punktach 12 - 16 wpłynie na skrócenie czasu osiągnięcia gotowości bojowej przez rozwijane szpitale ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



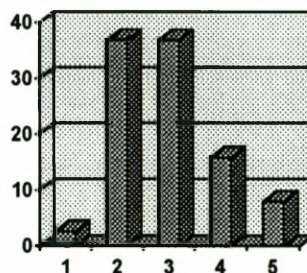
18. Czy rodzaj sprzętu i wyposażenia medycznego rozwijanego w czasie ćwiczeń szpitala odpowiada Pańskim zdaniem współczesnym potrzebom i osiągnięciom techniki medycznej ?

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie
- 5) nie mam zdania



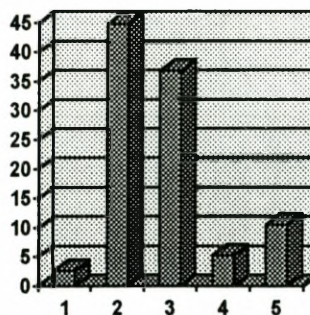
19. Czy przyporządkowanie Wojskowych Szpitali Rezerwowych Komendantom Wojskowych Rejonów Leczniczych uważa Pan /Pani/ za słuszne ?

- 1) zdecydowanie tak;
- 2) raczej tak;
- 3) raczej nie;
- 4) zdecydowanie nie;
- 5) nie mam zdania.



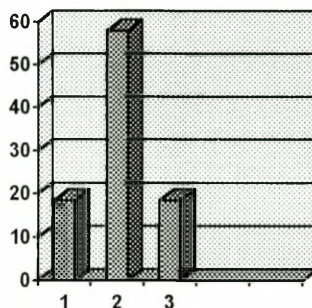
20. Czy współpraca Wojskowego Szpitala Rezerwowego z lokalnymi szpitalami cywilnymi powinna, Pana /Pani/ zdaniem opierać się na:

- 1) partnerstwie;
- 2) podporządkowaniu wszystkich elementów zabezpieczenia medycznego pionowi logistyki lokalnego RSzW;
- 3) równorzędności pod wspólnym dowództwem;
- 4) innych (jakich ?) zasadach;
- 5) nie mam zdania.



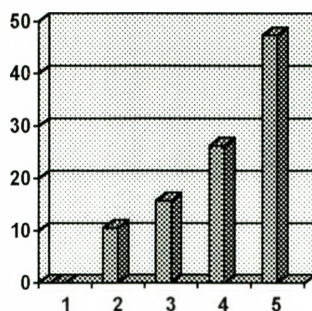
21. Czy Wojskowy Szpital Rezerwowy powinien udzielać pomocy medycznej przede wszystkim:

- 1) żołnierzom wojsk operacyjnych
- 2) wszystkim żołnierzom
- 3) wszystkim chorym i rannym w tym ludności cywilnej



22. Co sądzi Pan /Pani/ o istniejącym systemie ewidencji chorych, działaniach zaopatrzeniowych, sprawozdawczości i ewentualnej współpracy (z innymi szpitalami) Wojskowego Szpitala Rezerwowego ?

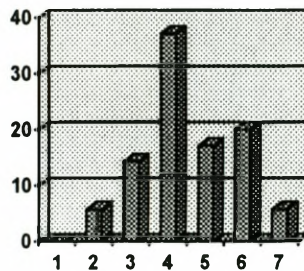
- 1) zdecydowanie trafny
- 2) raczej trafny
- 3) raczej nietrafny
- 4) zdecydowanie nietrafny
- 5) nie mam zdania



DANE METRYCZKOWE WYPEŁNIAJĄCEGO

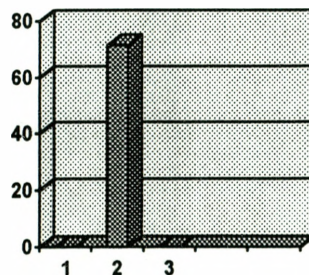
I. Wiek (lata)

- 1) do 25
- 2) 26 - 30
- 3) 31 - 35
- 4) 36 - 40
- 5) 41 - 45
- 6) 46 - 50
- 7) powyżej 50



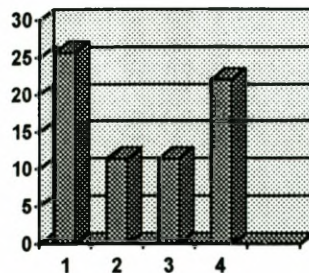
II. Korpus oficerski

- 1) oficerów starszych
- 2) oficerów młodszych
- 3) inny (*jaki ?*)



III. Ile lat zajmuje się Pan problematyką mobilizacyjną ?

- 1) do 2 lat
- 2) 3 - 5 lat
- 3) 6 - 10
- 4) powyżej 10 lat





Aneks 2

**OPINIE TECHNICZNE I WYNIKI BADAŃ ELEMENTÓW
SPRZĘTU MEDYCZNEGO ZAKUPIONEGO PRZEZ
WYDZIAŁ ZAOPATRZENIA CSK WAM SPORZĄDZONE
PRZEZ SPECJALISTYCZNE PLACÓWKI UNITED STATES
AIR FORCE, DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE
CANADA, AIR NEW ZEALAND**

A n e k s 3

Zagadnienia badawcze do wyjaśnienia w RSzW Kielce

1. Jaki jest obecnie etat RSzW i jakie P. Pułkownik proponuje zmiany w tym etacie? (zwłaszcza w pionie logistyki)
2. Rola i zadania RSzW w systemie dowodzenia SZRP, w czasie „P” i „W”?
3. Jak w aktualnych warunkach podziału administracyjnego kraju odbywa się współdziałanie RSzW z Wojskową Sł. Zdrowia?
4. Jak realizowane są zadania wojenne przez cywilną służbę zdrowia?
5. Jak praktycznie silną pozycję ma RSzW w zakresie organizacji Sł. Zdrowia „W”?
6. Jakie zmiany legislacyjne i organizacyjne widzi się w RSzW dla poprawy sytuacji (o ile miałyby to mieć miejsce)?
7. Czy zmianę systemu WRL na system TSMed RSzW uważa za słuszną?
8. Co RSzW sądzi o wykorzystaniu krótkofalowców i jaki rodzaj świadczeń uważa za najlepszy?
9. Co sądzi RSzW o zagrożeniu mobilizacji wynikającym z wyjazdów lekarzy za granicę bez kontroli tego faktu przez TOAW?
10. Jak powinno się rozwiązać problem dopuszczenia do ruchu pojazdów mechanicznych nieprzystosowanych do transportu sanitarnego?
11. Jakie i ile środków łączności i informatyków powinno posiadać RSzW dla powyższego celu?
12. Jak często w RSzW Kielce szkoli się elementy bazy mobilizacyjnej służby zdrowia (wojskowej, cywilnej bądź wspólnie)?
13. Czy umiejscowienie zaopatrzenia medycznego na czas „W” w obiektach przeznaczonych do rozwinięcia WSzR jest celowe?
14. Jaka istnieje możliwość wykorzystania hurtowni, aptek, gabinetów prywatnych na czas „W”? Czy robi się analizy i przygotowania w tym kierunku?
16. Czy istnieją możliwości (czy planuje się) przygotowanie obiektów WSzR na czas „W”?
17. Co sądzi Szef RSzW o nałożeniu na rejon jego odpowiedzialności Rejonu Logistycznego i systemu zabezpieczenia medycznego SZ czasu „W”? Jaką inną niż proponowana organizację widziałby?

Warszawa, 27.02.98r.

Notatka z konsultacji przeprowadzonej w RSzW - Kielce

W dn. 27.02.98r. celem ostatecznej weryfikacji propozycji TSMed będącej tematem mojej pracy, po uprzednich ustaleniach telefonicznych i przekazaniu faxem interesujących mnie zagadnień udałem się do Świętokrzyskiego Regionalnego Sztabu Wojskowego w Kielcach w celu przeprowadzenia konsultacji. W kilkugodzinnej rozmowie z jego Szefem, Panem Pułkownikiem magistrem Czesławem Bąkiem i podległymi Mu oficerami wyjaśniłem interesujące mnie kwestie. Ustaliłem, co następuje:

1. Etat RSzW, jego rola i zadania w systemie dowodzenia SZRP, określone przez „Tymczasowy ramowy zakres działania RSzW” - zał. 1 do zarządzenia Szefa SGWP Pf 118/org. z 17.11.1992 są sprecyzowane właściwie i korekt nie wymagają.
2. Z wojskową służbą zdrowia RSzW nie współpracuje - nie wchodzi to w ustalony zakres zadań (z wyjątkiem powołań i uzupełnień).
3. Cywilna służba zdrowia, jak wynika z pisma Szefa Zarządu Służby Zdrowia SGWP, w wybranych szpitalach rejonu odpowiedzialności wydziela określone ilości łóżek. Szef RSzW pismem tym ma podaną informację o ich dyslokacji i na dzień dzisiejszy nie posiada żadnych uprawnień, aby na swoim terenie kontrolować realizację tych ustaleń bądź je organizować.
4. W zakresie organizacji służby zdrowia czasu „W” w aktualnym stanie prawnym, RSzW nie ma żadnych możliwości. Widzi, jako działanie doraźne możliwość nałożenia świadczeń, w razie zaistnienia potrzeby, na szpitale cywilne.

5. Zdaniem Szefa RSzW istnieje paląca potrzeba wprowadzenia „Ustawy o obowiązku wojskowym i innych powinnościach obronnych” nowelizującej stan prawny przygotowań do obrony państwa. Szczególne znaczenie miałyby mieć akty wykonawcze, dostosowane do nowych okoliczności zaistniałych w związku z reformami wprowadzonymi po 1989 roku. Widzi także konieczność ustawowego uregulowania faktu istnienia RSzW - dotychczas istniejącego jedynie na podstawie zarządzenia resortowego (pkt 1), co daje niejednoznaczność działania (także w stosowanym nazewnictwie: RSzW - WSzW).
6. Ze względu na niezajmowanie się problematyką służby zdrowia Szef opinii o WRL czy TSMed nie wyraża.
7. Nie przewiduje się wykorzystania krótkofalowców do organizowania łączności.
8. Zdaniem RSzW wyjazdy specjalistów (tu: lekarzy) na dłuższy pobyt za granicę powinny być zgłaszane w WKU, gdzie następowalaby korekta posiadanych danych o potencjale mobilizacyjnym w rejonie. Działanie takie wymaga regulacji prawnych.
9. Ze względu na brak regulacji prawnych dopuszczenie do ruchu pojazdów mechanicznych nieprzystosowanych do transportu sanitarnego jest problemem otwartym. Jak dotychczas, dla zabezpieczenia potrzeb, zdaniem Szefa RSzW istniejąca ilość pojazdów dawniej przystosowanych, jest wystarczająca.
10. Trudno mówić o ilościach środków łączności i sprzęcie informatycznym, jeżeli występuje jedynie stacjonarna łączność kablowa. Dzięki osobistej inicjatywie Szefa RSzW, ze środków uzyskanych z Funduszu Niepełnosprawnych zorganizowano bazę danych i sieć komputerową RSzW. Nowoczesne środki łączności to radiotelefony (na pasmo amatorskie 145MHz) zakupione z pozyskanych środków pozabudżetowych i użytkowane poza etatem. Zarządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dn. 17.12.1997r. cofnięto limit kilometrów dla RSzW i możliwość choćby częściowej refundacji przejazdów służbowych własnymi

środkami. Paraliżuje to pracę, zwłaszcza w sytuacji, gdzie rejon odpowiedzialności jest tak rozległy, jak kielecki.

11. RSzW Kielce szkoli elementy bazy mobilizacyjnej zgodnie z ogólnym, rocznym planem szkoleń. Ostatnie szkolenie, związane z rozwijaniem WSzE w Busku odbyło się w 1996 roku, a stawiennictwo wyniosło ~ 95 % ! (meldunek Szefa RSzW)

12. Umieszczenie materiałów zaopatrzenia medycznego we wcześniej przygotowanych obiektach (np. szpitale MZiOS) byłoby rozwiązaniem celowym pod warunkiem posiadania funduszy na ten cel. Pozostałe zagadnienia nie są przez RSzW rozważane z powodów, które wcześniej poruszyłem (pkt 2,3). Należy stwierdzić, że działanie Wydziału Logistyki (jak również Pionu Operacyjnego) zaowocowało powstaniem dokumentacji pod ogólną nazwą: Vademecum RSzW. W dokumentach tych przedstawiono, uaktualniany na bieżąco cały potencjał istotnych z wojskowego punktu widzenia miejscowości rejonu odpowiedzialności - w tym także szpitale, przychodnie, gabinety z wyszczególnieniem profilu i możliwości leczniczych. Dotyczy to również infrastruktury, zaplecza materiałowego, remontowego, komunikacji i łączności. Szczegółowość „Vademecum” jest tak duża, że w odległej od Kielc miejscowości określono np. (i zaplanowano przydział) ilość kwater dla wojska w szkole, Urzędzie Gminy itp.

Uważam, że „Vademecum” może być podstawowym, wzorcowym materiałem roboczym tak dla Szefa RSzW, jak i dla Sztabowców ZT działających w jego rejonie.

*

* *

Wyjazd do Kielc, jak sądzę ostatecznie zweryfikował tezy stawiane w mojej pracy. Przybliżył mi rzeczywiste problemy działania „gospodarza” terenu - Szefa RSzW.

Był tym bardziej efektywny i uczący, że Sztab ten, wielokrotnie wyróżniany i znajdujący się przez wiele lat na pierwszych miejscach we współzawodnictwie na szczeblu Sztabu Generalnego WP i MON bierze udział w eksperymencie badawczym pt. „Rola i zadania Regionalnych Sztabów Wojskowych w systemie dowodzenia Sił Zbrojnych RP”. Stwarza to, bądź powinno stwarzać możliwości przyjmowania rozwiązań elastycznych i ambitnych na miarę zaangażowania uczestniczących w nim ludzi. Że tak jest - dowodzi zgromadzony przez Szefa RSzW okazały zbiór pucharów, dyplomów i nagród.

BY:PHYSIO CONTRM.

; 4-21-97 ;12:48PM A;

MARKETING

301148220100011.# 2

AL/CF-TR-1996-0112



**UNITED STATES AIR FORCE
ARMSTRONG LABORATORY**

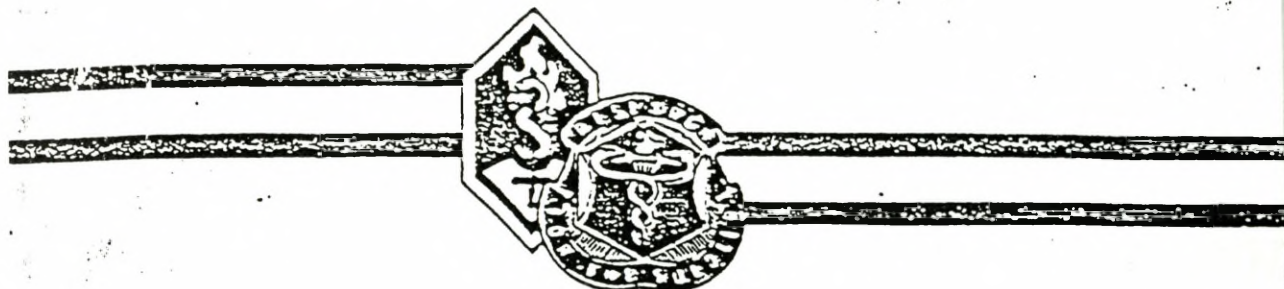
**Test and Evaluation of the Physio-
Control Corporation LifePak 10-59
Defibrillator/Monitor/Pacemaker and
Military Auxiliary Power Supply (MAPS)**

Kindra A. Edman, First Lieutenant, USAF

October 1996

**Strona tytułowa opinii o defibrylatorze z ARMSTRONG
LABORATORY - USAF**

USAARL Report No. 91-14



Test and Evaluation Report
of the Physio Control Defibrillator/Monitor
Model LIFEPAK® 10

By

Jeffrey D. Haun (Project Officer)
and
Joseph R. Licina (Project Officer)

Bill Olding (UES, Inc.)

Martin Quattlebaum (UES, Inc.)

Biodynamics Research Division

Strona tytułowa opinii o defibrylatorze z USA ARL -
oddział badań biodynamicznych

31-05 '91 0:15

FAI 64 3 792374

PHYSIO CHCH

--- PHYSIO TECH

002

AIR NEW ZEALAND LIMITED,
HEAD OFFICE, AIR NEW ZEALAND HOUSE,
1 QUEEN STREET, AUCKLAND, NEW ZEALAND.
POSTAL ADDRESS: PRIVATE BAG, AUCKLAND 1.
TELEGRAMS & CABLES: ENZEDAIR.
TELEX NZ 2541. TELEPHONE: 797-515.
CORPORATE FACSIMILE: 64-9-394676

 **AIR NEW ZEALAND**

DIRECT IN DIAL:

DIRECT FACSIMILE:

23 MAY 1991

John Wardle
Medical Products Manager
Pulsedata International

The following equipment has been checked for the generation of interfering signals.
Physio Control Lifepak Defibrillators
Model LP300 Serial No. 0000 1485.
Model LP 10 with Pacer. Serial No. 0000 8636.

Signals were detected in both the VHF NAV, and HF COMS Band, at low level.
The signal strength was such that they would not cause interference with aircraft
communication or navigation equipment.

The equipment is considered safe to use while the aircraft is airborne.

Strona tytułowa opinii o defibrylatorze z AIR NEW ZEALAND

Schiller Canada Inc.

March 28, 1997

To Whom It May Concern

Dear Madam/Sir,

We, at Schiller Canada, received a request to specify what, if any, equipment sales we have made to NATO alliance countries and what level of satisfaction the NATO forces experienced.

We hereby certify that we do sell, on a standing offer basis, to Canada, a NATO alliance country, to the department of Supply and Services Canada, the procurer of materials and supplies for the Canadian Armed forces. (Please see enclosed a copy of the front page of the Standing Offer).

I would suggest that the very best recommendations do not only come from statements made by military personel, but more so by the customer, The Canadian Armed Forces, placing orders with us on a continuing basis. I have enclosed a copy of the front page of the order we received on January 30th, 1997 for \$107,856.00 for assorted medical equipment.

I have also enclosed a copy of the letter we received from Captain (N) M.C. Parry, Chief of Staff / Group Leader Operation Phoenix, Canadian Forces Medical Services, to demonstrate the close alliance Schiller has with this NATO Alliance Country.

We have well over 100 medical devices sold to the Canadian Armed Forces and have had less than two failures over the past five years. One of those failures was when an instrument (AT-10) fell off the truck. The unit arrived with a cracked case but was still working.

We would suggest that our record for excellence of product and support speaks for itself. We are pleased and proud to be a major supplier to the Canadian Armed forces.

Sincerely,



Leszek J.S. Jedrychowski
Vice President

*To serve our customer is not our duty,
It is our pleasure!*

Nato forces recomm letter from us doc

22 2pc 1/20 1 0
DYREKTOR GENERAL
SCHILLER POLAND
mgr inż. Hanna Wojciechowska

Rekomendacja wyrobów medycznych dla sił zbrojnych NATO



DEPARTMENT OF THE AIR FORCE
USAF SCHOOL OF AEROSPACE MEDICINE (AFSC)
BROOKS AIR FORCE BASE TEXAS 78235-3001

PLY TO
TO
Armstrong Laboratory/CFTS

3 Jun 91

SUBJECT
Use of Lifepak 10 on USAF Aeromedical Evacuation Aircraft

TO
Gary Wamke
Government Accounts Manager

1. We have completed Electromagnetic Interference Testing (EMI) of the Lifepak 10 Monitor/Defibrillator and the Battery Support System. These units were modified by your engineering department to meet the EMI standard. These modified units are acceptable for use on USAF aeromedical aircraft. *P/N 804200-43*
2. The Lifepak 10 can only be used on battery power on USAF aeromedical aircraft.
3. A copy of the US Army's test report on the Lifepak 10 is attached. If we can be of further assistance our number is 512-536-2937.

Richard J Knecht

RICHARD J KNECHT, Lt Colonel, USAF
Chief, Aeromedical Research Function

1 Attach

Wyniki badań urządzenia

3/6

8c. ADDRESS (City, State, and ZIP Code) P.O. Box 577 Fort Rucker, AL 36362-5292	8d. ADDRESS (City, State, and ZIP Code) Fort Detrick Frederick, MD 21702-5012
---	---

9a. NAME OF FUNDING, SPONSORING ORGANIZATION	9b. OFFICE SYMBOL (If applicable)	9. PROCUREMENT INSTRUMENT IDENTIFICATION NUMBER
--	-----------------------------------	---

9c. ADDRESS (City, State, and ZIP Code)	10. SOURCE OF FUNDING NUMBERS			
	PROGRAM ELEMENT NO. 0603807A	PROJECT NO. 3M463807D8	TASK NO. 6 LC	WORK UNIT ACCESSION NO. 201

11. TITLE (Include Security Classification)
Test and Evaluation Report of the Physio Control Defibrillator/Monitor Model LIFEPAK[®] 10
P/N 804200-43

12. PERSONAL AUTHOR(S)
Jeffrey D. Haun, Joseph R. Licina, Bill Olding, Martin Quattlebaum

13a. TYPE OF REPORT Final	13b. TIME COVERED FROM _____ TO _____	14. DATE OF REPORT (Year, Month, Day) 1991 March	15. PAGE COUNT 66
------------------------------	--	---	----------------------

16. SUPPLEMENTARY NOTATION

17. COSATI CODES			18. SUBJECT TERMS (Continue on reverse if necessary and identify by block number) Electromagnetic compatibility, test and evaluation, aeromedical equipment
FIELD	GROUP	SUB-GROUP	

19. ABSTRACT (Continue on reverse if necessary and identify by block number)
A Physio Control Defibrillator/Monitor Model LIFEPAK[®] 10 was tested for electromagnetic interference/compatibility in the UH-60A helicopter under the U.S. Army Program for Test and Evaluation of Equipment for Aeromedical Operations. The tests were conducted using current military and industrial standards and procedures for electromagnetic interference compatibility and human factors. The LIFEPAK[®] 10 passed the overall evaluation and is validated as compatible with U.S. Army aeromedical aircraft.

20. DISTRIBUTION/AVAILABILITY OF ABSTRACT <input checked="" type="checkbox"/> UNCLASSIFIED-UNLIMITED <input type="checkbox"/> SAME AS RPT <input type="checkbox"/> DTIC USERS	21. ABSTRACT SECURITY CLASSIFICATION UNCLASSIFIED
--	--

22a. NAME OF RESPONSIBLE INDIVIDUAL Chief, Scientific Information Center	22b. TELEPHONE (Include Area Code) (205) 255-6907	22c. OFFICE SYMBOL SGRD-UAX-SI
---	--	-----------------------------------

DD Form 1473, JUN 86 Previous editions are obsolete. SECURITY CLASSIFICATION OF THIS PAGE
UNCLASSIFIED

Wyniki badań urządzenia

ELECTROMAGNETIC COMPATIBILITY

Electromagnetic compatibility testing is a primary concern for equipment to be used on USAF aeromedical evacuation aircraft. This is mainly for the safety of everyone on board the aircraft and the effects of excessive electromagnetic emissions may have on aircraft navigation and communication equipment. Additionally, medical devices may be susceptible to fields generated by the aircraft equipment or other medical devices, and may malfunction in their presence.

The -59 and MAPS were evaluated for compliance with MIL-STD-461D by WLA/AF/A-2, Wright-Patterson AFB, personnel in their electromagnetic compatibility facility with Aeromedical Research and Physio-Control engineers present. ASC/ENAI personnel evaluated the electromagnetic compatibility data and determined the airworthiness of the medical device. Specific tests conducted were as follows:

a. Radiated Emissions (RE-102): "Radiated Emissions, Electric Field, 10 kHz to 18 GHz." For Air Force aircraft applications, radiated emissions were tested in a range of frequencies from 2 MHz - 1 GHz. This test determined the amount of EMI emitted by the equipment during its operation. This test was performed to ensure that the device did not affect other pieces of equipment that may be susceptible to electromagnetic emissions (i.e., aircraft navigation and communication equipment).

b. Conducted Emissions (CE-102): "Conducted Emissions, Power Leads, 10 kHz to 10 MHz." For Air Force aircraft applications, conducted emissions were tested throughout the band of 10 kHz - 10 MHz. This test measured emissions generated by the medical device along its power supply lines. This test was performed to ensure that operating the device using line power did not affect other items connected to the same power source, particularly aircraft systems.

c. Radiated Susceptibility (RS-103): "Radiated Susceptibility, Electric Field, 10 kHz to 40 GHz." For Air Force aircraft applications, radiated susceptibility was tested in a frequency range from 30 MHz - 12.4 GHz at the following field strength levels: 20 V/M below 1 GHz and 60 V/M above 1 GHz (field strength values from Table IV, category Aircraft Internal, of 461D). This test determined whether or not the device would withstand pre-defined levels of EMI generated by antennas both internal and external to the aircraft.

Wyniki badań urządzenia

CONCLUSIONS

Aeromedical Research found the defibrillator/monitor portions of the LIFEPAK 10-59 acceptable for use on all Air Force aeromedical evacuation aircraft while operating on 115VAC/60Hz or battery power with the recommendations and restrictions listed below. The -59 operated within expected parameters when subjected to environmental extremes and simulated cabin altitudes, and did not produce a hazard to patient or crew during rapid decompression. The pacer portion of the -59 is "NOT" approved for use in the aeromedical evacuation aircraft; however, the inactive pacer portion survived the flight environment and is an available option for "of the aircraft" use. The following recommendations and operational restrictions accompany the airworthiness approval of the -59 and MAPS:

a. Add the following warning to the Operating Instructions and Service Manual:

WARNING: Restrictions for use on USAF aircraft: The pacing option is not to be operational at any time during flight. The AC Auxiliary Power Supply can only be used on 115VAC/60Hz. Ensure that there is a battery in each well while operating on 115VAC/60Hz.

b. Attach a warning label near the pacer control panel that reads, "Do not operate pacer in flight."

c. Attach a warning label on the AC Auxiliary Power Supply that reads, "Do not operate on 115VAC/400 Hz."

d. Attach a warning label near the battery wells that reads, "Place battery in each well before operating from 115VAC/60Hz."

e. Inform Aircraft Commander that a cardiac monitor will be in use on board, and that they will be notified if defibrillation is to occur because of the possibility of electromagnetic interference with aircraft navigation and communication equipment.

Wyniki badań urządzenia

Canadian Forces Medical Group
Headquarters
Ottawa ON K1A 0K1
(613) 945-6828
Fax: (613) 992-9725

Quartier général du Groupe médical
Des Forces canadiennes
Ottawa ON K1A 0K1
(613) 945-6828
Télécopieur (613) 992-9725

1243-1 (OP PHOENIX)

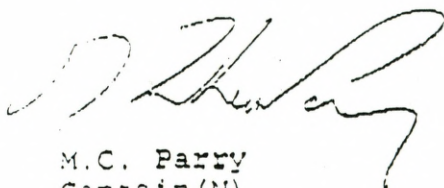
5 Feb 96

Mr. Kenneth R. Lagere
President
Schiller Canada Inc.
100-10 Camelot Drive
Nepean ON K2G 5X8

During the past year, DND has undertaken a study of its delivery of medical services to Canadian Forces personnel both at home and abroad. This major re-engineering project, known as OP PHOENIX, is committed to providing a world-class information network as part of the overall vision for the new Canadian Forces Medical Services. We believe that we have the opportunity to develop an information management system unequalled in North America.

One of the first steps taken in achieving our goal is the conversion of all paper-based legacy medical data to digital format using the product IIM from your partner, PARplus Software Corporation. This project is well underway and our experience to date has been very positive. I anticipate that IIM will become a major component of the platform used to run the medical network as we integrate data received from clinics, hospitals, private providers and third party administrators.

Your support in helping the Canadian Forces Medical Services to achieve its vision is appreciated.



M.C. Parry
Captain(N)
Chief of Staff/Group Leader OP PHOENIX
(613) 945-6818

La spolnosc i organizacja

DYREKTOR GENERAL SCHILLER POLAND S.A.
SCHILLER POLAND S.A. 02-729 Warszawa ul. Hoza
Hanna Wojciechowski tel./fax 43-20-89 647-35-90
mgr inż. Hanna Wojciechowski

Canada

Printed on recycled paper / Imprimé sur du papier recyclé

Ocena pracy urzadzania w sluzbie medycznej
SIL ZBROJNYCH KANADY

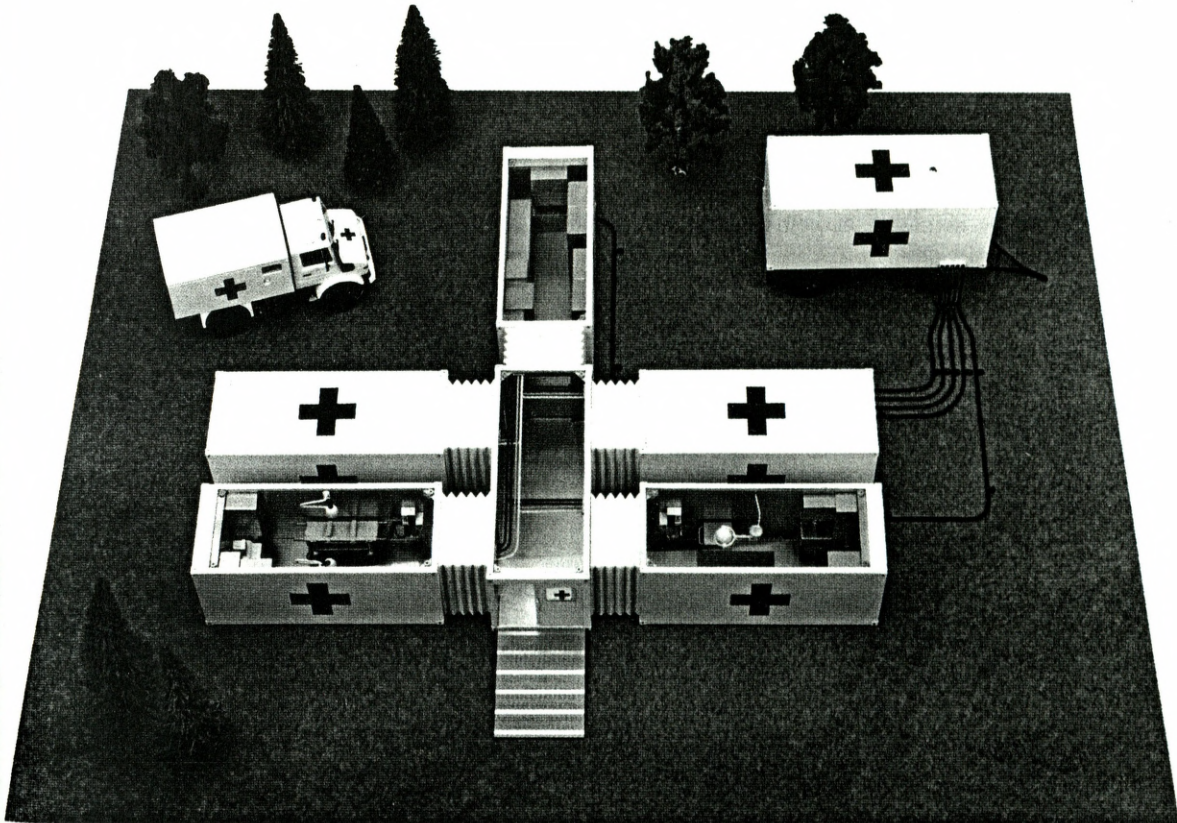


Daimler-Benz Aerospace

Dornier

Mobile Systems

Mobile Hospital



A Milestone in the Enhanced Medical Support of Armed Forces

Aneks 5

Background Design and Equipment Requirements

Background

Against the background of a changed foreign and security policy environment, future medical service duties will also include missions abroad as part of an international force for support in disaster relief, humanitarian actions or UN missions. The planning objective with these new missions contains the requirement to provide appropriate support according to modern standards, at any time and any place. The introduction of performance levels, which have been matched in terms of quality, ensures that the technical standards for comprehensive medical support are met.

This containerized clearing station is at the center of a mobile field hospital. Its conception allows:

- Initial measures of general surgery and internal medicine
- Surgery on severely injured persons
- Postoperative and intensive medical care.

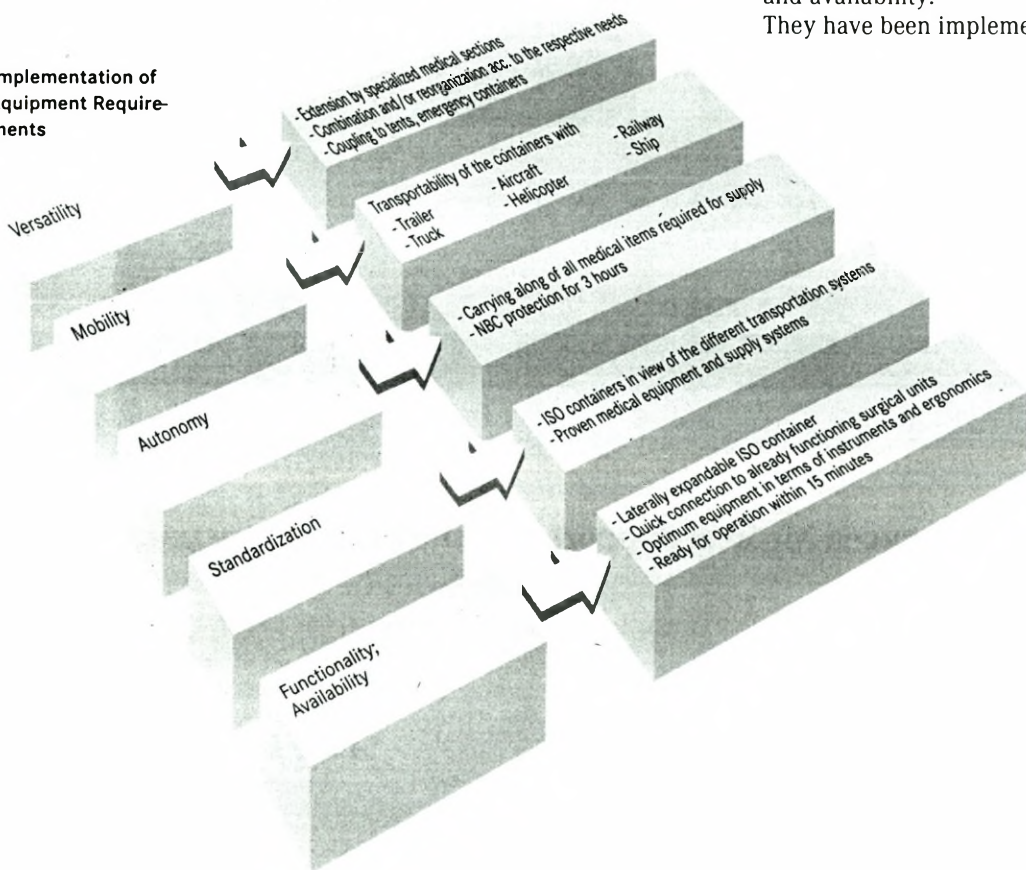
Specialized medical sections (radiology, sonography, endoscopy, dental station) can be added as well as the modules of central sterilization, laboratory and pharmacy. The mobile hospital can be easily added to stationary or emergency shelters.

Design and Equipment Requirements

The equipment requirements for the mobile hospital can be characterized by the terms versatility, mobility, autonomy, standardization, functionality and availability.

They have been implemented as follows:

Implementation of Equipment Requirements



NALEŻNOŚĆ WSzR (ukompletowanie bieżące - kwiecień 1998) - tabelaryczne

L.p.	NAZWA ZESTAWU	J.m.	Ilość etatowa	Stan faktycz.	Seria zestawu
1	2	3	4	5	6
1.	B-1 Materiały opatrunkowe wyjątkowe	szt.	8	8	S-II-102-207 S-II-102-179 S-II-102-134 S-II-102-47 S-II-102-201 S-II-102-150 S-II-102-51 S-II-102-164
2.	B-2 Szyny	szt.	6	6	S-II-59-321 S-II-56-322 S-II-59-324 S-II-59-319 S-III-3-1096 S-III-2-41
3.	B-3 Materiały opatrunkowe niewyjątkowe	szt.	16	16	S-II-102-854 S-II-102-836 S-II-102-871 S-II-102-968 S-II-102-921 S-II-102-841 S-II-102-906 S-II-102-851 S-II-102-746

1	2	3	4	5	6
	B-3				S-II-102-791 S-II-102-787 S-II-102-786 S-II-102-910 S-II-102-744 S-II-102-834 S-II-102-855
4.	G-1 Materiał sanitarny dla szpitala chirurgicznego	kpl.	5	5	S-II-51-237 S-II-51-238 S-II-51-239 S-II-51-240 S-II-51-241
5.	G-2 Materiał sanitarny dla szpitala wewnętrznego	szt.	2	2	S-II-50-376 S-II-50-377
6.	G-10 Materiał dezynfekcyjny	szt.	2	2	S-I-101-1 S-I-101-2
7.	RTG Materiał rentgenowski	szt.	2	2	S-II-50-1 S-II-50-2
8.	PCHS Środki przeciwcemiczne	szt.	1	1	S-I-51-90
9.	G-5a Apteczny (substancje do infuzji)	szt.	5	5	S-I-50-6 S-I-50-8 S-I-51-15 S-I-52-11 S-I-54-15

1	2	3	4	5	6
10.	G-10a Material dezynfekcyjny	szt.	1	brak	
11.	WB-3 Pomoc specjalna	szt.	1	1	S-I-51-200
12.	W-1 Opatrunkowy duży	szt.	2	2	S-I-51-78 S-I-51-79
13.	W-2 Operacyjny mały	szt.	1	1	S-I-53-30
14.	W-3 Ambulatorium	szt.	1	1	S-II-55-3
15.	W-5 Dezynfekcja	szt.	1	1	S-III-2-81
16.	W-7 Komplet tlenowy	szt.	3	3	S-II-2-30 S-II-1-42 S-II-1-169
17.	G-5 Apteczne przedmioty	kpl.	1	1	S-I-50-8
18.	G-6 Apteczny inwentarz	kpl.	1	1	S-I-51-15
19.	G-7 Lekarskie przedmioty	szt.	4	4	S-II-50-238 S-II-50-239 S-II-50-240 S-II-50-241
20.	G-8 Operacyjny duży (narzędzia)	szt.	3	3	S-I-50-96 S-I-50-97 S-I-56-97

1	2	3	4	5	6
21.	G-9 Operacyjny duży (materiały pomocnicze)	szt.	3	3	S-I-50-89 S-I-50-91, S-I-50-6
22.	G-13 Do pielęgnacji chorych	szt.	7	7	S-II-51-91 S-II-51-92 S-II-51-93 S-II-51-94 S-II-51-95 S-II-51-96 S-III-5-92
23.	G-14a Prymus	szt.	1	1	S-III-1-42
24.	DK-2 Druki i książki (dla szpitala)	szt.	1	1	S-I-101-172
25.	Sz Szokowy	szt.	3	3	S-I-51-55 S-I-51-62 S-I-51-68
26.	RTG-S Rentgenowski sprzęt	szt.	1	brak	
27.	ZTO-4 Tablice orientacyjne dla szpitala polowego	szt.	1	1	brak numeru
28.	St-1 Stomatologiczny zabiegowy	kpl.	1	1	S-I-07-16
29.	L-1 Sprzęt dla laboratorium analiz lekarskich	kpl.	1	1	S-II-52-40
30.	L-2 Materiał dla laboratorium analiz lekarskich	kpl.	1	1	S-II-52-25
31.	LAR Otorinolaryngologiczny	szt.	1	1	S-I-50-2

1	2	3	4	5	6
32.	OK Okulistyczny	szt.	1	1	S-I-52-1
33.	UR Urologiczny	szt.	1	1	S-I-50-1
34.	G-12 Sprzęt sanitarny dla oddziału neurologicznego	szt.	1	1	S-I-51-9
35.	G-12a Materiał sanitarny dla oddziału neurologicznego	szt.	1	1	S-I-51-10
36.	G-15 Szpitalny do leczenia choroby popromiennej	szt.	1	brak	
37.	Komplet torakochirurgiczny	kpl.	1	1	S-I-52-6
38.	Komplet ginekologiczno-wyjazdowy	szt.	1	brak	
39.	Torba Dezynfektora	szt.	1	1	S-III-4-28
40.	Torba podoficera sanitarnego F	szt.	5	5	01452 01782 01931 00104 S-II-1-507
41.	Torba Lekarza L	szt.	5	5	S-II-100-6 S-II-100-7 S-II-100-8 S-II-100-9 S-II-100-10

1	2		3	4	5	6
42.	Torba S Sanitariusza		szt.	5	5	1336 1665 3799 757 934
43.	Aparat do narkozy typ polowy		kpl	3	3	
44.	Aparat do sztucznego oddechu z pompą do odsysania wydzieliny		szt.	4	4	
45.	Aparat RTG diagnostyczny przenośny		szt.	1	-	
46.	Butla stalowa do tlenu poj. 40 l + reduktor		szt.	16	13	
47.	Dermatom kompletny ręczny		szt.	2	2	
48.	Elektrokardiograf jednokanałowy		szt.	1	1	
49.	Inhalator tlenowy		szt.	4	4	
50.	Lampa bezcieniowa na statywie składana		szt.	6	6	
51.	Lampa bezcieniowa wisząca składana		szt.	6	2	
52.	Lampa kwarcowa składana + 4 szt. okularów ochronnych		szt.	2	2	
53.	Materac na stół operacyjny składany		szt.	6	6	
54.	Nosze		szt.	170	170	

1	2	3	4	5	6
56.	Pas noszowy	szt.	26	26	
57.	Podstawka pod nosze	szt.	50	50	
58.	Puszka do wyjąławiania materiałów opatr. 330 x 160 mm	szt.	16	16	
59.	Rama uniwersalna do łożka typ prof. Szulca	szt.	20	-	
60.	Statyw do wlewań i kroplówek składany	szt.	60	60	
61.	Stolik do narzędzi składany	szt.	12	12	
62.	Stolik podręczny metalowy składany	szt.	15	15	
63.	Stół laboratoryjny	szt.	1	-	
64.	Stół operacyjny składany typ SP-D (model 68)	szt.	6	6	
65.	Stół operacyjny składany	kpl.	6	6	
66.	Szafa do narzędzi jednodrzwiowa szer. 45 dł. 60 wys. 175	szt.	3	-	
67.	Szafa do narzędzi dwudrzwiowa	szt.	6	-	
68.	Szafa do narzędzi i opatrunków	szt.	3	-	
69.	Szafa laboratoryjna	szt.	5	-	
70.	Szczudła pachowe dla dorosłych duże	szt.	30	30	

1	2	3	4	5	6
71.	Szczudła łokciowe metalowe dla dorosłych większe	szt.	30	30	
72.	Skrzynia izotermiczna do przenoszenia krwi konserwowej	szt.	4	4	
73.	Taboret na śrubie metalowy	szt.	6	-	
74.	Umywalnia metalowa ze zbiornikiem składana	kpl.	10	10	
75.	Urządzenie adaptacyjne do przewozu rannych na samoch. ciężarowym	szt.	2	2	
76.	Wiadro do zużytego materiału opatrunkowego	szt.	14	14	
77.	Stół ortopedyczny składany z zestawem części	kpl.	1	1	
78.	Kozetka do badań	szt.	2	-	
79.	Waga osobowa lekarska ze wzrostomierzem	szt.	1	1	
80.	Przystawka ortopedyczna do stołu operacyjnego	kpl.	1	1	
81.	Wyjaławiacz do narzędzi elektr. 405 x 195 x 100 mm	szt.	3	3	
82.	Wyjaławiacz do narzędzi elektr. 235 x 150 x 70 mm	szt.	4	4	
83.	Szyna do kończyny dolnej uniwersalna typ Grucy	szt.	10	10	
84.	Nosze siatkowe	szt.	2	2	
85.	Aparat do diatermii chirurgicznej	szt.	6	5	

1	2	3	4	5	6
86.	Przyrząd ssący elektryczny	kpl.	19	11	
87.	Puszka do wyjąławiania mater. opatrunkowego 300 x 190 mm	szt.	10	10	
88.	Podstawka do butli tlenowej	szt.	16	-	
89.	Wózek składany pod nosze	szt.	4	4	
90.	Wózek do butli tlenowej 40 l	szt.	8	8	
91.	Skrzynia do krwi mała	szt.	5	5	
92.	Pantostat walizkowy kpl.	kpl.	1	-	
	Samochód sanitarny wielonozowy	szt.	1	-	
	Urządzenie dest. sterylizacyjne na przyczepie	szt.	1	-	

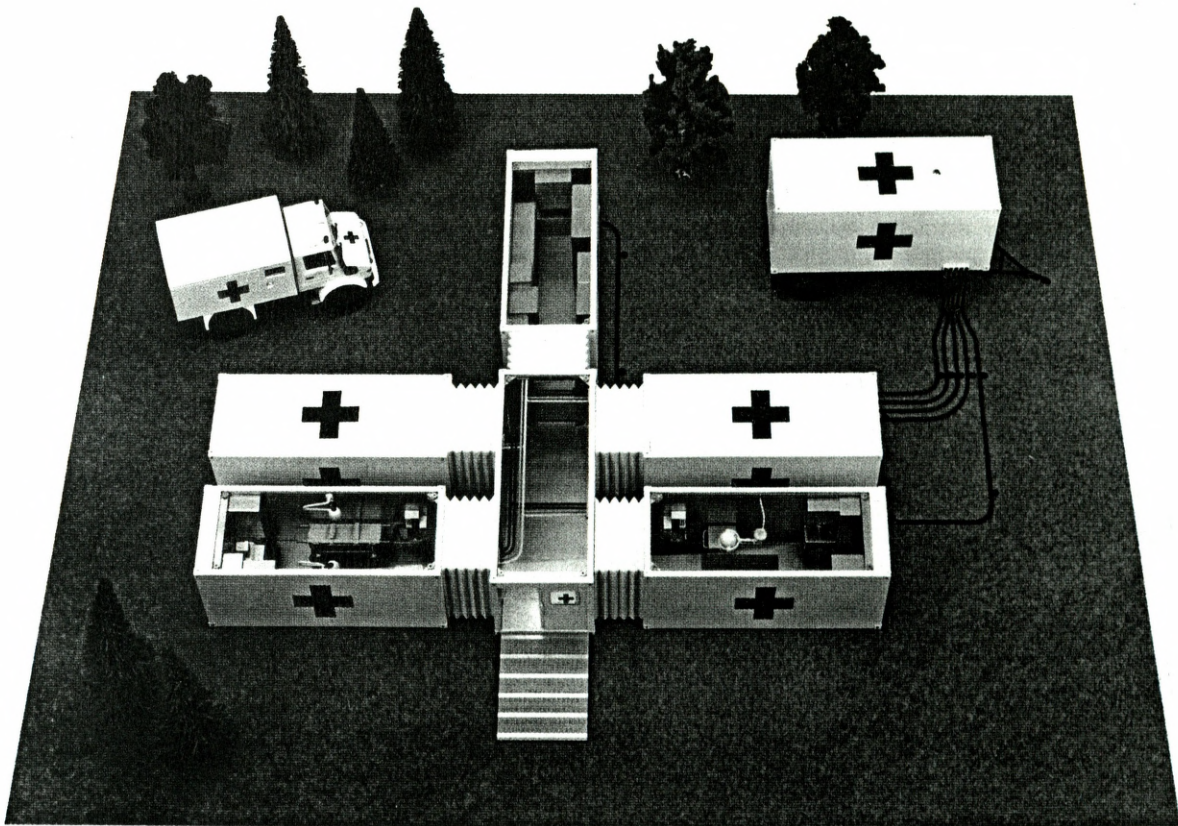


Daimler-Benz Aerospace

Dornier

Mobile Systems

Mobile Hospital



A Milestone in the Enhanced Medical Support of Armed Forces

Aneks 5

Background

Design and Equipment Requirements

Background

Against the background of a changed foreign and security policy environment, future medical service duties will also include missions abroad as part of an international force for support in disaster relief, humanitarian actions or UN missions. The planning objective with these new missions contains the requirement to provide appropriate support according to modern standards, at any time and any place. The introduction of performance levels, which have been matched in terms of quality, ensures that the technical standards for comprehensive medical support are met.

This containerized clearing station is at the center of a mobile field hospital. Its conception allows:

- Initial measures of general surgery and internal medicine
- Surgery on severely injured persons
- Postoperative and intensive medical care.

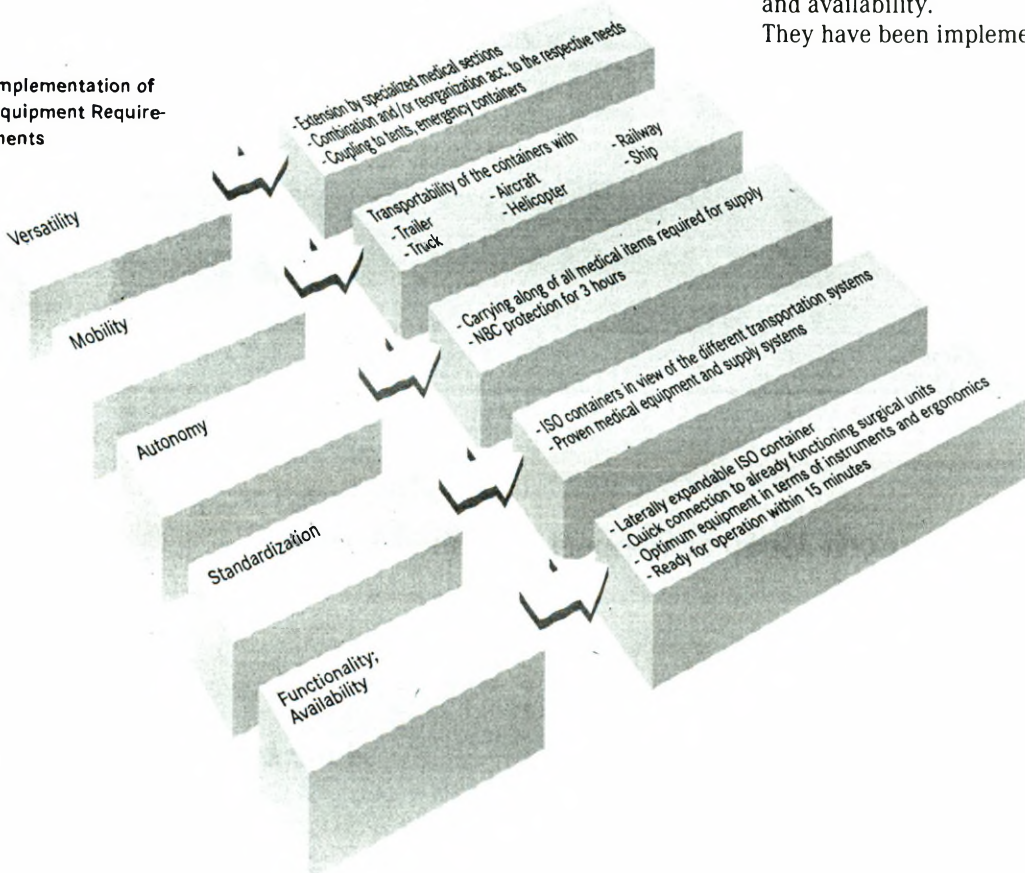
Specialized medical sections (radiology, sonography, endoscopy, dental station) can be added as well as the modules of central sterilization, laboratory and pharmacy. The mobile hospital can be easily added to stationary or emergency shelters.

Design and Equipment Requirements

The equipment requirements for the mobile hospital can be characterized by the terms versatility, mobility, autonomy, standardization, functionality and availability.

They have been implemented as follows:

Implementation of Equipment Requirements





Daimler-Benz Aerospace

Dornier

TransHospital® Dorniera:

W ramach naszej długoletniej działalności w zakresie przenośnych urządzeń naziemnych miał miejsce znaczący rozwój w wytwarzaniu przenośnych systemów zaopatrzeniowych dla służb sanitarnych. Na podstawie rozszerzanych zamówień niemieckich sił zbrojnych, które obok zadań obrony kraju przewidywały udział w misjach wojskowych wynikających z porozumień i zobowiązań międzynarodowych oraz zwalczania skutków kataklizmów, katastrof – powstała w pełni nowa koncepcja sanitarna. Koncepcja ta zawiera zwrot od starych wykonań punktów opatrunkowych oraz centralnych punktów opatrunkowych na korzyść punktów operowania rannych, względnie polowych szpitali w świeżo właśnie skonteryzowanym wykonaniu.

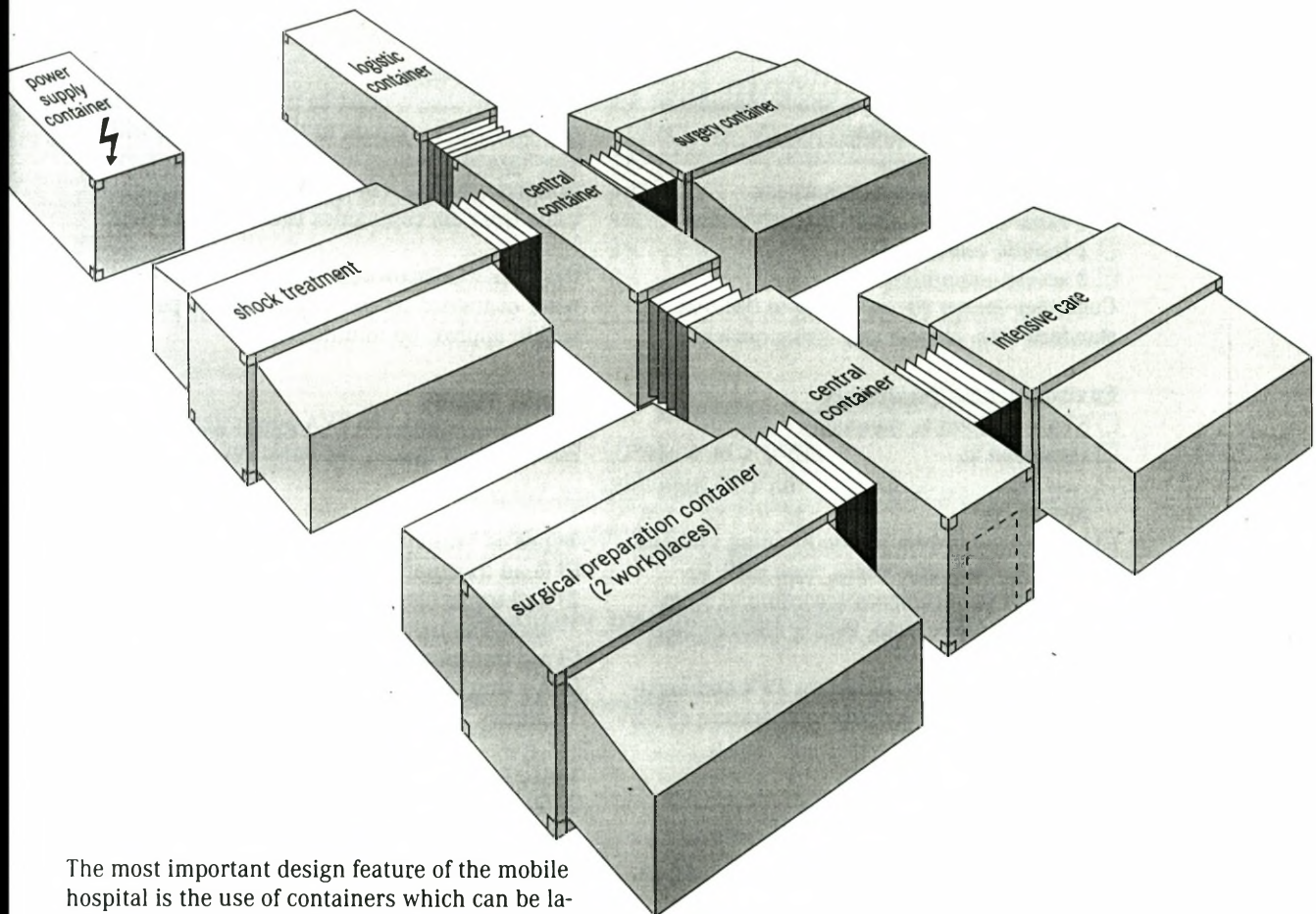
Modułowość, przemieszczalność, autonomiczna działalność, wielostronność i standaryzacja są wyróżniającymi się cechami dla przyszłościowych „modułowych wojskowych szpitali polowych”. Przy tym wszystkie czynności medyczne jak stacje przyjęć, zakres lekarzy specjalistów, służba diagnostyczna, laboratoria aż do składników maksymalnego zabezpieczenia jak leczenie skutków szoku, opieka intensywna, punkty przygotowania do operacji. Punkty operacyjne są umieszczone w kontenerze, w zależności od zamówień połączone ze sobą.

Wybrane kontenery nowej technologii są dostosowane do szczególnych wymogów miejsca i zakresów medycznego leczenia przez rozszerzane elementy boczne. Przyszłościowy, modułowy szpital wojskowy, polowy ma możliwość umieszczenia go w temperaturach od -32°C do $+49^{\circ}\text{C}$.

Kontener dla maksymalnego stopnia zabezpieczenia ma do dyspozycji przewietrzanie ochronne przeciw broniom masowego rażenia ABC /Broń atomowa-bakteriologiczna-chemiczna/. W pomieszczeniu wewnętrznym strefy leczenia będą zabezpieczone wskaźnikiem hałasu ustawionym poniżej 50 dB/A/. Transport jest zabezpieczony na samochodach ciężarowych, przyczepach, wagonach kolejowych i statkach – jak również załadowanie wewnętrzne do Transall C 160. Każdy kontener jest gotowy do działania w ciągu 15 minut.

Uniwersalny system kontenerowy pod handlową nazwą Dornier TransHospital® będzie wyprodukowany do końca 1997 roku jako wojskowy wzór doświadczalny niemieckiej służby sanitarnej. Składać się on będzie z 60 kontenerów i chwilowo nie ustalonej jeszcze liczbowo ilości namiotów nowej technologii. Modułowy wojskowy szpital polowy zapewnia stopień zabezpieczenia, który odpowiada standardowi obowiązującemu w Niemieckiej Republice Federalnej. Pozwala to w dalszej kolejności przez kompatybilność na zestawienie z ogólnej ilości kontenerów odmienne wyposażonych w urządzenia wyposażenia sanitarnego odpowiadającym każdorazowemu zamówieniu.

Mobile Hospital Arrangement



The most important design feature of the mobile hospital is the use of containers which can be laterally expanded. They have been successfully used in service in other military areas for a number of years. On account of the expected medical duties, the treatment containers have been hermetically linked to provide for a virtually stationary operating theater. The medical instru-

ments were selected according to the planned and expected medical duties and in consideration of logistical supply aspects.

Configuration and Technical Data

Basic Configuration

- 1 expandable container, shock treatment 3:1
- 1 expandable container, surgical preparation 3:1
- 1 expandable container, surgery 3:1
- 1 expandable container, intensive care 3:1
- 2 logistic containers 1:1
- 2 access containers 1:1

Container design 20' according to ISO 668 standard with support and lifting devices.

Environmental Conditions

- STANAG 2895 is mandatory
- Operation at $-32^{\circ}\text{C} < T1 < +49^{\circ}\text{C}$;
90 % rel. humidity
- Storage at $-33^{\circ}\text{C} < T2 < +71^{\circ}\text{C}$
- Implemented with air-conditioning systems from the company Weiss, type HKE 10
- Sanitary requirements according to room class 1 per DIN 1946, Part 4, are complied with
- Relative humidity minimum 25 % and maximum 60 % at an ambient temperature of -32° to $+49^{\circ}\text{C}$.

NBC Protection

In an NBC case it must be possible for the staff and patients to remain in the containers without any hazard for three hours. This requirement is fulfilled with the NBC protective ventilation units from the companies Draeger and Piller.

Operational Readiness

After container setup, surgery can be performed within approx. 60 minutes.

Power Supply

2 load-controlled 125 kVA power generators in a 20' container supply the basic equipment.

Types of Transport

- Road transport
- Rail transport according to internationally agreed transit dimensions
- Air transport with C 160 Transall
- Air transport with CH 53 helicopter (external stores).

Noise Levels

- 50 - 60 dB(A) inside (not applicable to the logistic container)
- < 63 dB(A) outside at a 7-meter distance.

Dornier GmbH
VIA 3
88039 Friedrichshafen
Germany
Phone +49 75 45 8-21 48
Fax +49 75 45 8-20 34

Zdjęcia z ćwiczeń mobilizacyjnych „Rozwijanie
WSzR-Dębinka 1997”

- urządzenie sterylizacyjne UD-2
- sala operacyjna ze stołem chirurgicznym i ortopedycznym
- gabinet stomatologiczny
- sala chorych





$$161 + 45 = 236$$

