

Ewolucja struktur organizacyjnych służby zdrowia Związku Taktycznego (ZT) Sił Zbrojnych RP (SZ RP) na przełomie XX i XXI wieku

Evolution of organizational structures of tactical unit health service in Polish Armed Forces at the turn of 20th and 21st centuries

Marek Skalski¹, Marcin Lewy²

¹ Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego WIM w Warszawie; kierownik: dr n. med. Marek Skalski
² 17 Grupa Zabezpieczenia Medycznego Międzyrzecz; p.o. d-cy 17 GZM: mjr lek. Marcin Lewy

Streszczenie. Wojsko Polskie od początku lat 50. XX wieku przechodziło różnego rodzaju zmiany dotyczące liczebności stanów osobowych oraz struktur organizacyjnych. Zmiany te zachodziły również w wojskowej służbie zdrowia (WSZ). Nowo powstałe struktury organizacyjne pododdziałów i oddziałów medycznych realizowały zadania, szczególnie nacisk kładąc na utrzymanie odpowiedniego stanu zdrowia wojsk, który pozwalał na utrzymanie gotowości bojowej na odpowiednim poziomie. Przeprowadzone na początku XXI wieku reformy struktur organizacyjnych WSZ, wydzielające służbę zdrowia brygad poza jednostki wojskowe, oraz zmiana zasad finansowania usług medycznych negatywnie wpłynęły na realizację zadań stojących przed tą służbą.

Słowa kluczowe: wojskowa służba zdrowia, poziom zabezpieczenia medycznego

Abstract. Since the beginning of 1950s, Polish Army went through different changes regarding manpower and organizational structures. These changes took place also in the Military Health Service. New organizational structures of medical units were realizing tasks focusing on maintaining appropriate level of health in the army, enabling proper level of combat readiness. The reform of organizational structures of the Military Health Services in the beginning of 21st century, separating brigade health services from military units and change in the medical service funding had negative impact on performance of tasks to be fulfilled by these units.

Key words: military health service, level of medical support

Nadesłano: 22.09.2016. Przyjęto do druku: 13.03.2017
 Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
 Lek. Wojsk., 2017; 95 (2): 178–185
 Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji
 dr n. med. Marek Skalski
 Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk
 i Zdrowia Publicznego
 al. 1 Maja 90, 90-754 Łódź
 skr. poczt. 14
 e-mail: marskal@interia.pl

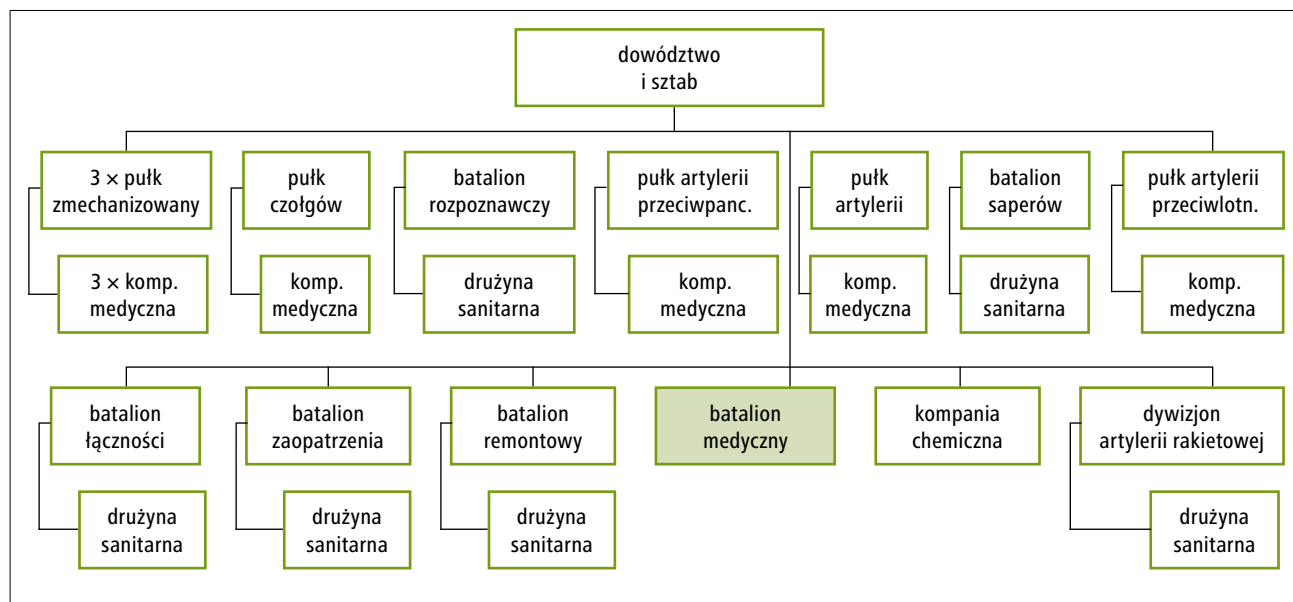
Wstęp

Warunkiem realizacji motta zapisanego na wstępie jest posiadanie przez Siły Zbrojne RP (SZ RP) określonych możliwości w zakresie realizacji stawianych im zadań, stopnia ukończenia i możliwości płynnego rozwinięcia ich potencjału. W związku z powyższym SZ RP powinny utrzymywać w czasie pokoju niezbędny poziom zdolności do działania, zapewniający nienaruszalność

granic, a w czasie konfliktu zbrojnego o małej skali – obronę państwa tym potencjałem obronnym, na jednym kierunku operacyjnym [1].

Na zdolność bojową SZ rzutuje stopień ukończenia pododdziałów, oddziałów ogólnowojskowych i logistycznych, w tym wojskowej służby zdrowia.

Wojskowa służba zdrowia odpowiadała i odpowiada za zabezpieczenie medyczne SZ RP, dbając o stan fizyczny i psychiczny żołnierzy, a przez to odpowiada



Rycina 1. Schemat organizacyjny dywizji zmechanizowanej (DZ) do roku 1989

Figure 1. Organizational scheme of Mechanized Division (DZ) until 1989

za zachowanie siły bojowej. Właściwa realizacja tych zadań zależy od wykonania określanych czynności z zakresu:

- zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego,
- zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego,
- zabezpieczenia sanitarnego przed bronią masowego rażenia (BMR),
- zaopatrzenia w sprzęt i materiały medyczne,
- kierowania służbą zdrowia,
- szkolenia sanitarnego,
- prowadzenia dokumentacji medycznej [2].

W omawianym przedziale czasu SZ RP i wojskowa służba zdrowia funkcjonowały w różnych uwarunkowaniach polityczno-wojskowych i gospodarczych, które w pewnym stopniu wpływały na realizowane zadania i struktury organizacyjne SZ. Doświadczenia uzyskane w tym czasie powinny kształtować i doskonalić system zabezpieczenia medycznego, jednak nie wszystkie, zdaniem autorów, wpływały i wpływają na niego korzystnie.

Należy uwzględnić fakt, że w zabezpieczeniu medycznym obowiązują zasady, które zakładają:

- zgodność udzielanej pomocy z Międzynarodowym Prawem Humanitarnym Konfliktów Zbrojnych (MPHKZ),
- zachowanie zasad etyki,
- zachowanie najwyższych standardów wynikających z dostępnej wiedzy medycznej i zdobytych doświadczeń w trakcie udzielania pomocy medycznej,
- dbałość o dobro i potrzeby pacjenta,

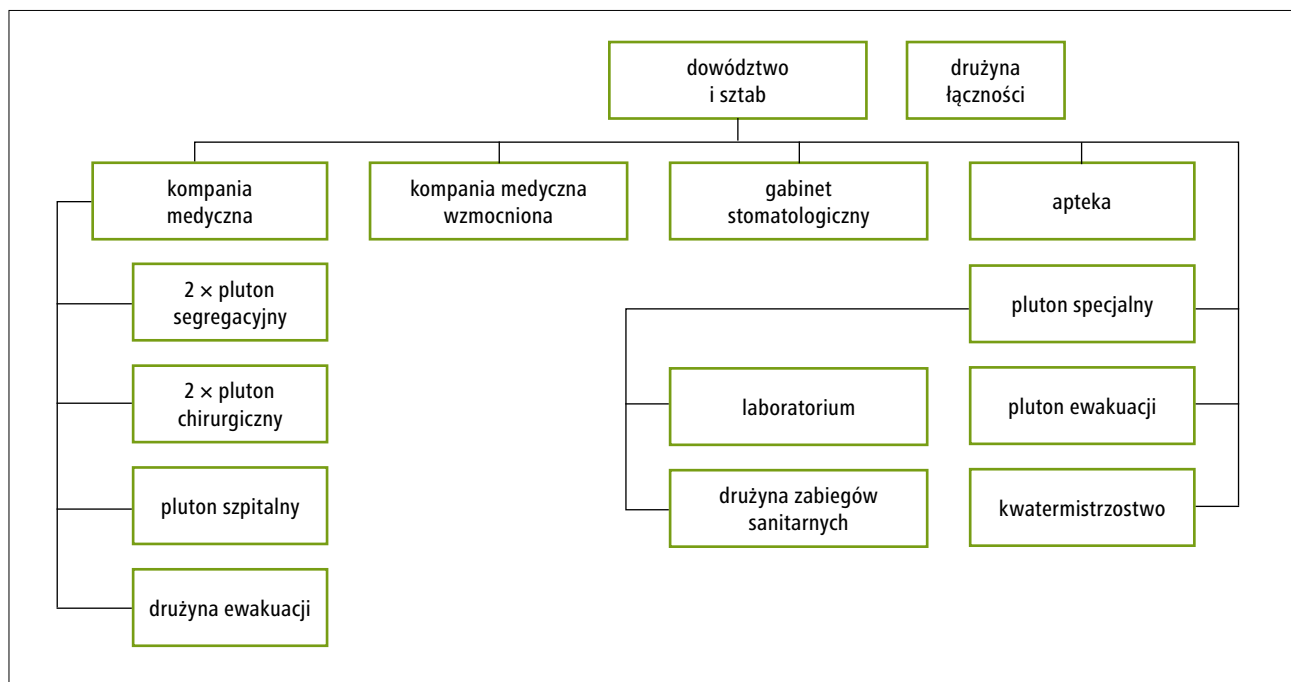
- zachowanie wymogów czasowych zabezpieczenia medycznego,
- ciągłość, etapowość i następowość udzielania pomocy medycznej w oparciu o cztery poziomy zabezpieczenia medycznego,
- proporcjonalność wydzielanych sił i środków służby zdrowia do potrzeb,
- wielonarodowość – możliwość wykorzystania personelu, medycznych środków materiałowych i procedur medycznych różnych członków koalicji [3].

Historia

Po zakończeniu II wojny światowej stan osobowy armii polskiej do początku lat 50. XX wieku utrzymywany był na wysokim poziomie, a od roku 1953 następowała stopniowa jego redukcja, w związku z tym zmieniały się struktury organizacyjne oddziałów i jednostek wojskowych. Do roku 1989 w SZ RP na szczeblu taktycznym dominowała struktura dywizyjna (ryc. 1.) [4]. Dywizje składały się z pułków czołgów i pułków zmechanizowanych; w zależności od stosunku pułków czołgów do pułków zmechanizowanych nosiły odpowiednio nazwy dywizji pancernej lub zmechanizowanej. Służbę zdrowia na szczeblu dywizji reprezentował batalion medyczny (ryc. 2.) [5].

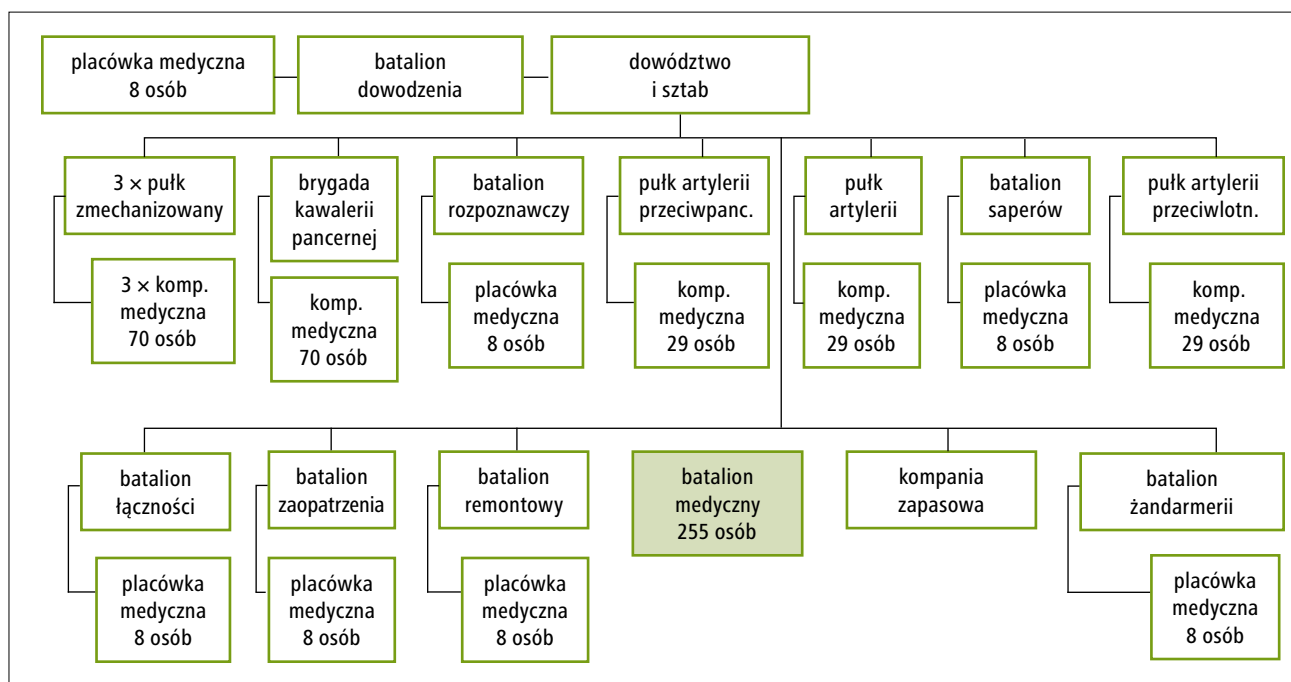
Stan osobowy batalionu medycznego to 188 osób, w tym 24 lekarzy następujących specjalności:

- 1 Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk (OOZW),
- 13 chirurgów,



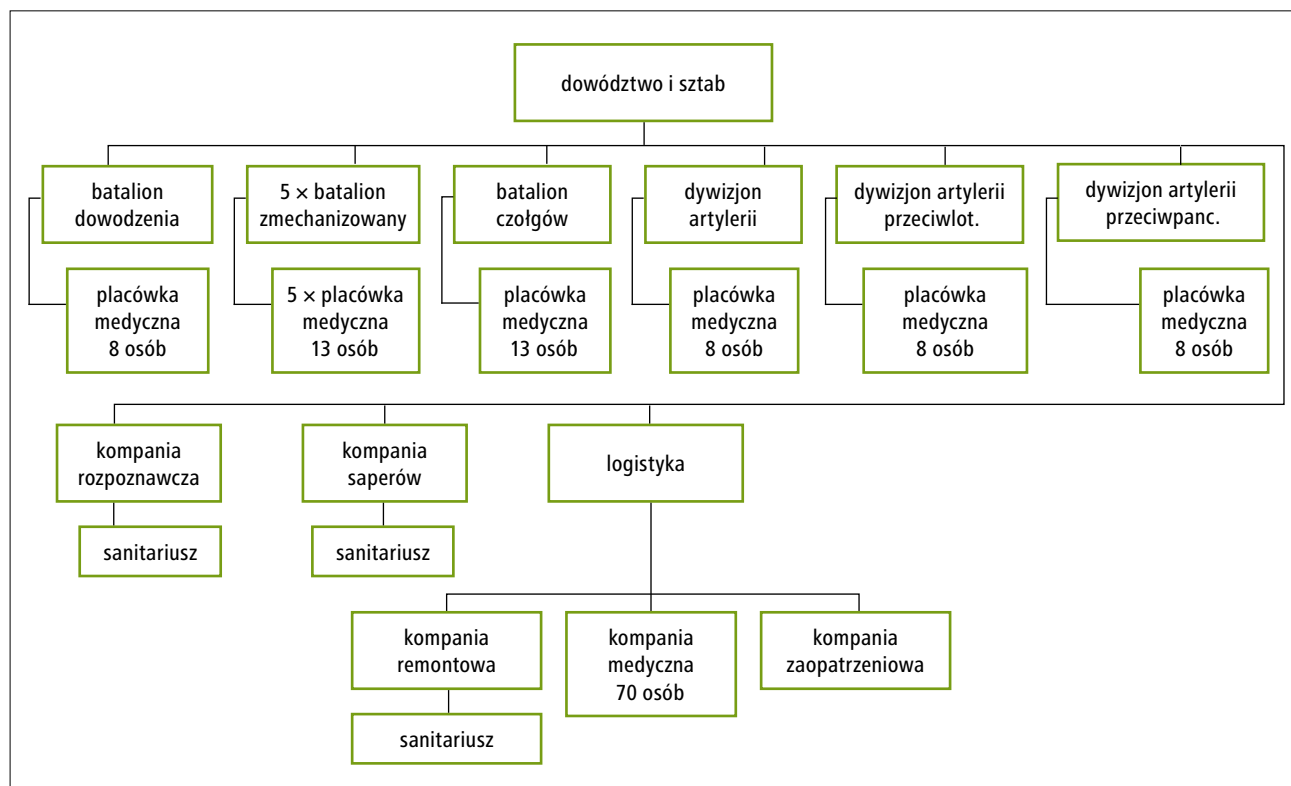
Rycina 2. Struktura organizacyjna batalionu medycznego dywizji do roku 1989

Figure 2. Organizational structure of Division Medical Battalion until 1989



Rycina 3. Schemat organizacyjny dywizji zmechanizowanej od roku 1996

Figure 3. Organizational scheme of Mechanized Division since 1996



Rycina 4. Struktura organizacyjna brygady zmechanizowanej

Figure 4. Organizational structure of Mechanized Brigade

- 2 anestezyjologów,
- 3 internistów,
- 1 lekarz ogólny,
- 1 epidemiolog,
- 1 mikrobiolog,
- 1 toksykolog,
- 1 stomatolog.

W czasie pokoju batalion, częściowo rozwinięty, funkcjonował jako niewielki szpital wojskowy, a w działaniach bojowych rozwijał Dywizyjny Punkt Medyczny (DPM), realizował udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej rannym i chorym w systemie leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia działań bojowych, a także mógł wydzielić ze swojego składu, w ramach wsparcia służby zdrowia pułków, dodatkową kompanię medyczną wzmocnienia.

W pułkach zmechanizowanych i czołgów była kompania medyczna 28-osobowa, rozwijająca w działaniach bojowych Pułkowy Punkt Medyczny (PPM), udzielający pierwszej pomocy lekarskiej w systemie leczniczo-ewakuacyjnym, a w batalionach – drużyny sanitarne udzielające pomocy przedlekarskiej. Na polu walki pierwsza pomoc medyczna realizowana była na zasadach samopomocy, pomocy wzajemnej lub udzielanej przez sanitariusza.

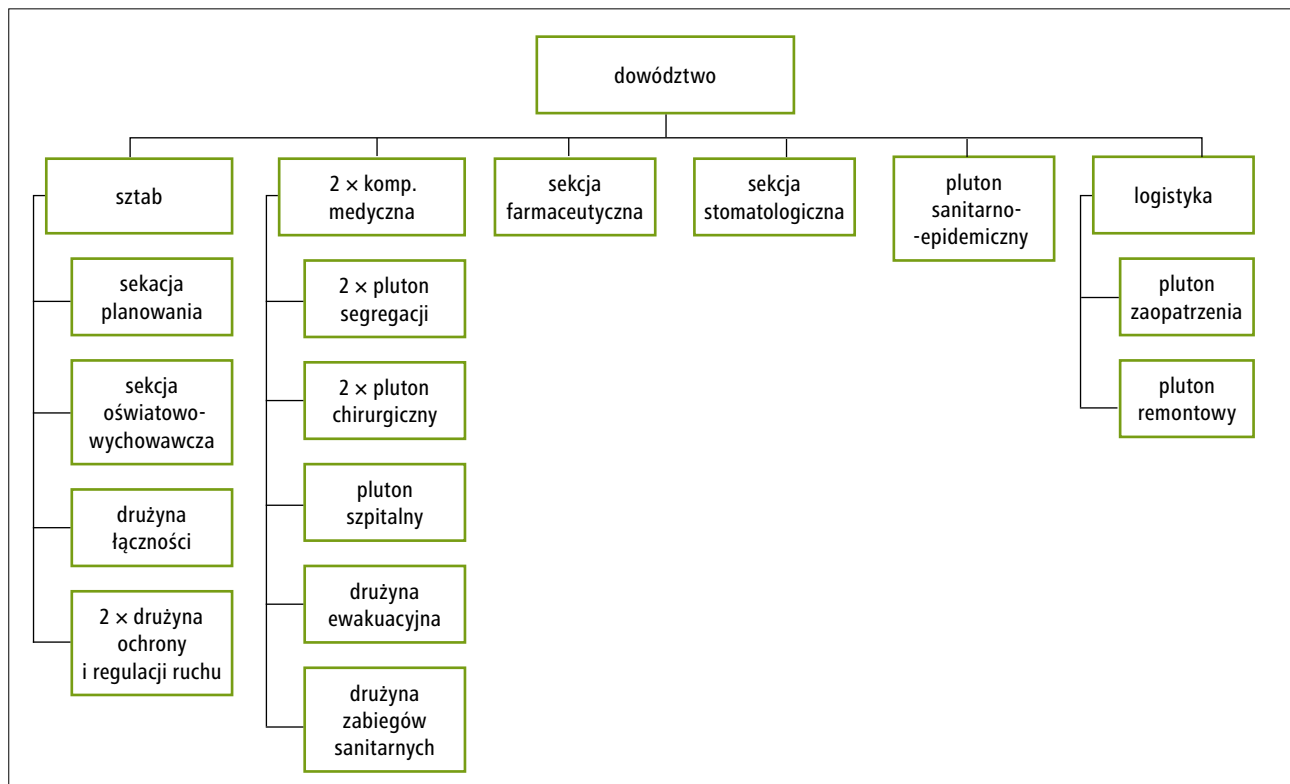
Po roku 1989 stan ilościowy dywizji zmniejszył się z 15 do 9, zlikwidowano dywizje pancerne, tworząc w ich miejsce dywizje zmechanizowane. Oddziały i pododdziały wojskowej służby zdrowia pozostały w niezmienionych strukturach.

W połowie lat 90. XX wieku dokonano kolejnej zmiany struktury organizacyjnej dywizji – w miejsce pułków zmechanizowanych utworzone zostały brygady zmechanizowane (BZ), a pułki czołgów zastąpiono brygadą kawalerii pancernej (ryc. 3. i ryc. 4.) [6].

Zmiana ta objęła również wojskową służbę zdrowia – zmieniły się struktury organizacyjne wszystkich oddziałów i pododdziałów. W miejsce batalionu medycznego 188-osobowego wprowadzono batalion medyczny 255-osobowy (ryc. 5.) [2]

W jego składzie było 35 lekarzy różnych specjalności, m.in.:

- 4 OZW,
- 18 chirurgów,
- 6 anestezyjologów,
- 2 internistów,
- 1 epidemiolog,
- 1 toksykolog,
- 1 mikrobiolog,



Rycina. 5. Struktura organizacyjna batalionu medycznego dywizji zmechanizowanej

Figure 5. Organizational structure of Mechanized Division Medical Battalion

- 1 ochrona radiologiczna,
 - 1 stomatolog,
- a także personel pielęgniarski w liczbie 29 pielęgniarek i personel pomocniczy.

W działaniach bojowych batalion mógł rozwinąć dwa niezależne Dywizyjne Punkty Opatrunkowe (DPO) na kierunkach działania brygad pierwszorzutowych, udzielające kwalifikowanej pomocy medycznej o profilu chirurgicznym i internistycznym, w zależności od sytuacji taktycznej i medycznej w zakresach: pełnym, zawężonym i ograniczonym do wskazań życiowych.

W związku ze zwiększeniem stanów osobowych brygad w stosunku do stanów osobowych pułków zwiększył się stan osobowy kompanii medycznej brygady, która w nowych strukturach liczyła 70 osób (ryc. 6.), w tym:

- 13 lekarzy różnych specjalności (7 chirurgów, 3 anestezjologów, 1 epidemiolog, 1 toksykolog, 1 stomatolog),
- farmaceutę,
- laboranta,
- 9 pielęgniarek (2 opatrunkowe, 4 operacyjne, 3 ogólne).

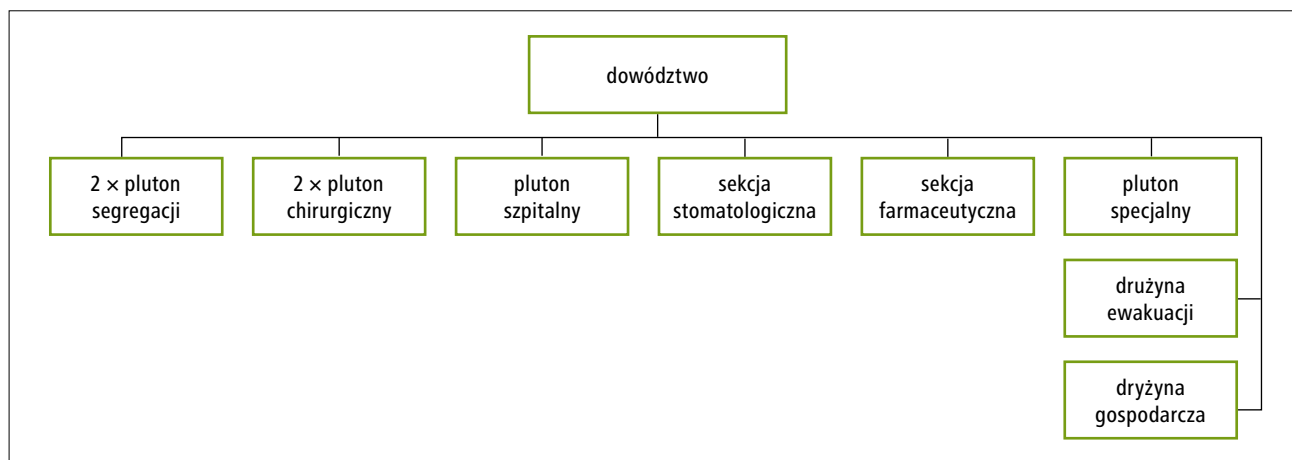
Zadaniem kompanii medycznej było rozwinięcie Brygadowego Punktu Opatrunkowego (BPO) i udzielanie

kwalifikowanej pomocy medycznej takiego samego rodzaju i zakresu, jak DPO.

W batalionach zmechanizowanych i czołgów powstały plutony medyczne 13-osobowe z 2-osobową obsadą lekarską, a w pozostałych batalionach i dywizjonach plutony medyczne 8-osobowe z jednym lekarzem. Pododdziały te wchodziły w skład batalionów i dywizjonów, z zadaniem zapewnienia pierwszej pomocy lekarskiej w trakcie działań bojowych.

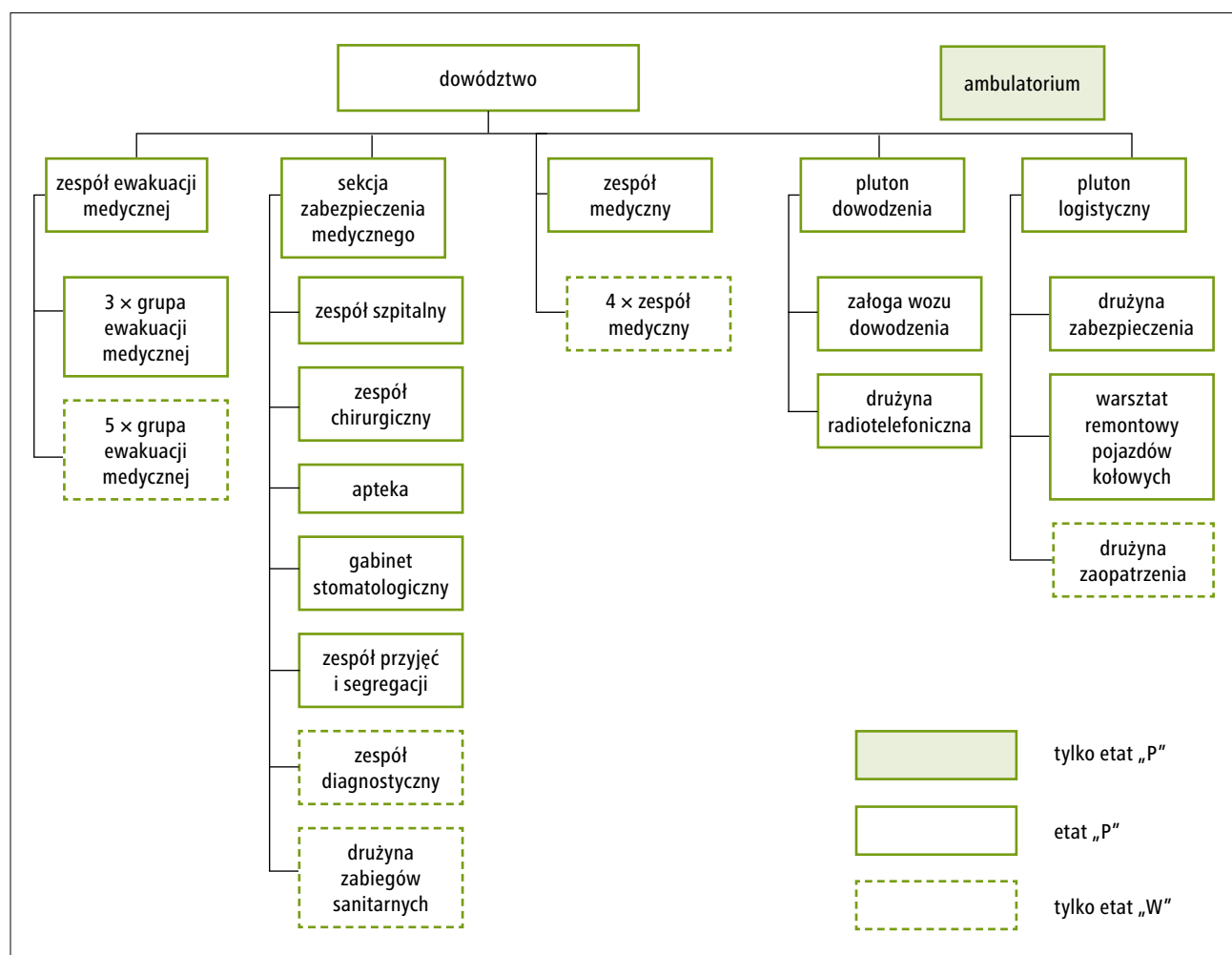
Współczesność

W roku 1999 Polska została członkiem Organizacji Traktatu Północnoatlantyckiego – North Atlantic Treaty Organization (NATO). Przynależność do Sojuszu Północnoatlantyckiego nie skutkowała poważnymi zmianami organizacyjnymi w wojskowej służbie zdrowia szczebla taktycznego. Zmiany, które nastąpiły, dotyczyły głównie nazewnictwa, elementów doktryny medycznej oraz części standardów zabezpieczenia medycznego, jakkolwiek nie zmieniały ogólnie przyjętych zasad funkcjonowania wojskowej służby zdrowia.



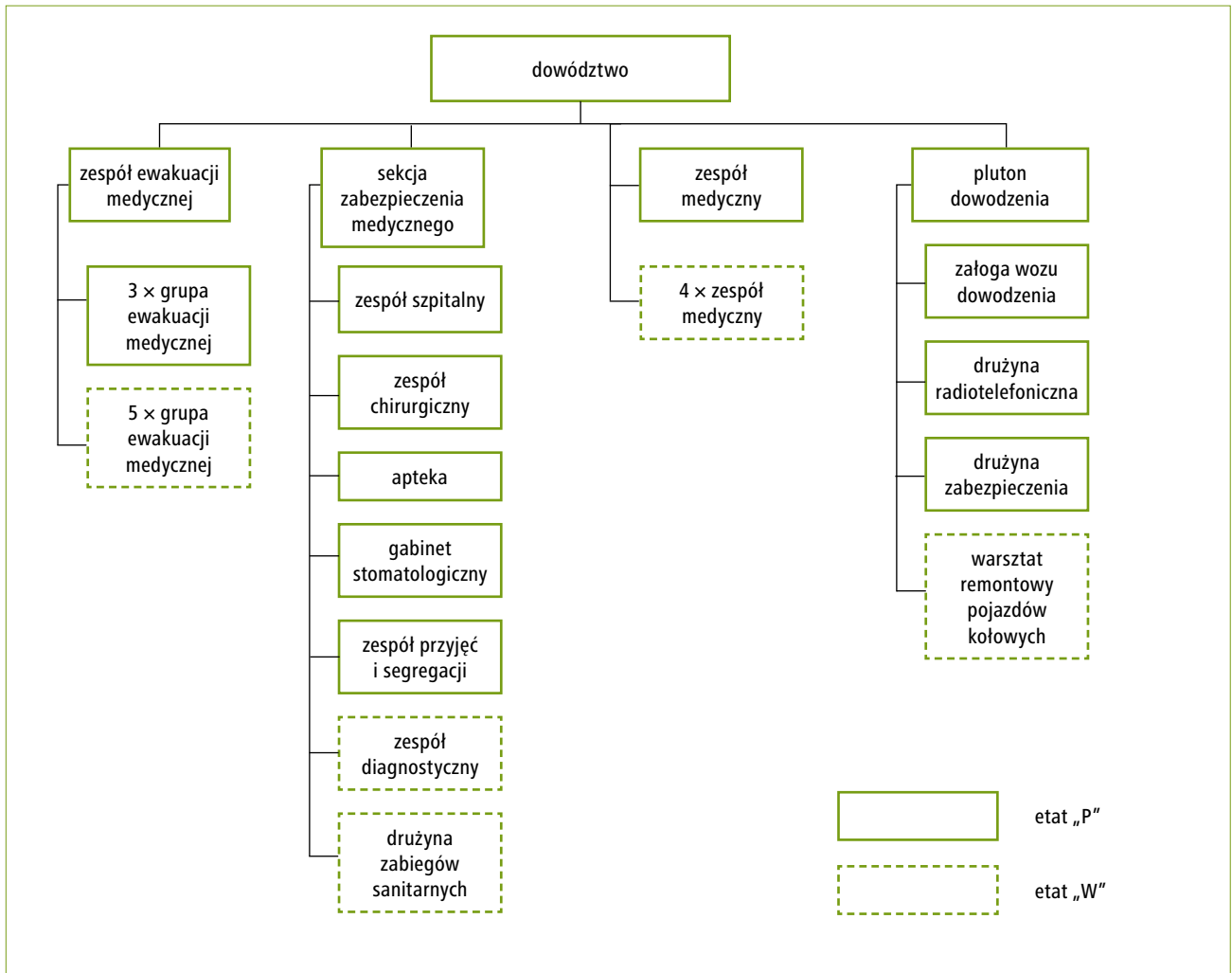
Rycina 6. Struktura organizacyjna kompanii medycznej Brygady Zmechanizowanej (BZ)

Figure 6. Organizational structure of Mechanized Brigade Medical Company



Rycina 7. Schemat organizacyjny Grupy Zabezpieczenia Medycznego BZ w latach 2006–2011

Figure 7. Medical Support Group as element of Mechanized Brigade in 2006–2011



Rycina 8. Schemat organizacyjny Grupy Zabezpieczenia Medycznego BZ w latach 2013–2016
Figure 8. Mechanized Brigade Medical Support Group in 2013–2016

Dla wojskowej służby zdrowia początek XXI wieku symbolizuje upadek szkolnictwa wojskowo-medycznego. W roku 2002 została rozwiązana Wojskowa Akademia Medyczna im. Bolesława Szareckiego w Łodzi, która jako jedyna w kraju kształciła kadry lekarskie na potrzeby SZ RP. Dotychczasowy system pozyskiwania kadr medycznych przestał funkcjonować. Szkolenie medyczne na potrzeby wojska zaczął realizować Wydział Wojskowo-Lekarski nowo utworzonego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Likwidacja uczelni zbiegła się w czasie z likwidacją kas chorych, w tym branżowych. Zmiany te wpłynęły w sposób zasadniczy na napływ nowych kadr lekarskich do wojskowej służby zdrowia, a także na funkcjonowanie wojskowej służby zdrowia w jednostce wojskowej.

Lata 2006–2007 to okres kolejnych istotnych zmian strukturalnych w wojskowej służbie zdrowia ZT.

Z powodu pogłębiających się braków kadrowych w personalu lekarskim w DZ zostały rozwiązane bataliony medyczne. Przyjęto założenie, że DZ będzie zabezpieczał Wojskowy Szpital Polowy, realizujący 3. poziom zabezpieczenia medycznego.

W BZ pododdziały wojskowej służby zdrowia zostały zgrupowane w Grupach Zabezpieczenia Medycznego (GZM [ryc. 7.]).

Głównym zadaniem nowo powstałych oddziałów było zabezpieczenie 1. i 2. poziomu pomocy medycznej pododdziałom i oddziałom BZ. Pododdziały medyczne tworzące GZM, zwane zespołami medycznymi 1. i 2. poziomu, w założeniu miały być przydzielane do pododdziałów ogólnowojskowych na czas realizacji zadania bojowego. GZM w latach 2006–2011, będąc w etacie brygady i posiadając w swoim etacie ambulatorium oraz uprawnienia podmiotu leczniczego, kompleksowo

zabezpieczała jednostkę wojskową. Szeroka dostępność świadczonych usług wpływała korzystnie na funkcjonowanie i realizację wszystkich zamierzonych zadań. Funkcjonowanie w strukturach brygady zapewniało prawidłowe zgrzywanie oraz doskonalenie kadry medycznej na czas mobilizacji i wojny. Zakres obowiązków oraz świadczeń leczniczych zostały jednak przeniesione do Wojskowego Oddziału Gospodarczego, co całkowicie sparaliżowało proces zabezpieczenia medycznego brygad.

W latach 2011–2013 Ambulatorium Grupy Zabezpieczenia Medycznego wraz z Izbą Chorych zostało wydzielone z etatu GZM do etatu brygady i podporządkowane dowódcy brygady, a w roku 2013 całkowicie usunięte ze struktury brygady [7]. Od 2013 roku GZM zostały przekazane w podporządkowanie Wojskowych Szpitali Polowych w Bydgoszczy i Wrocławiu bez zmian etatowych, co tylko wydłużyło drogę dowodzenia, zabezpieczenia oraz współdziałanie z dowództwem brygad (ryc. 8.).

Przeformowanie GZM w samodzielną jednostkę wojskową, bez wydzielenia dla niej etatów szefa sztabu, sekcji personalnej, sekcji operacyjnej oraz logistycznej, świadczy o nieprzemyśleniu tej decyzji, braku wyobraźni i troski o zachowanie zdolności operacyjnej powstałych struktur BZ i GZM. Wydaje się, że jedynie powrót GZM do struktur brygady umożliwi kompleksową realizację zadań służby zdrowia w procesie planowania, szkolenia i funkcjonowania w ramach jednego komponentu oraz wyeliminuje problemy związane z organizacją mobilizacji i osiągnięcia gotowości do podjęcia działań GZM do struktur wojennych.

Pododdziały i oddziały wojskowej służby zdrowia przez szereg lat stanowiły integralną część pododdziałów i oddziałów ogólnowojskowych, zmieniała się jedynie podległość szefa służby zdrowia, bezpośrednio dowódcy lub logistykowi. Niezależnie od powiązań funkcjonalnych pomiędzy obszarem medycznym a logistycznym podporządkowanie i bezpośredni dostęp szefa służby zdrowia do dowódcy to najkorzystniejsze rozwiązanie, zgodne z zapisami dokumentu Komitetu Wojskowego NATO – MC 326/3: NATO Principles and Policies of Medical Support (Zasady i polityka zabezpieczenia medycznego NATO). Takie umiejscowienie służby zdrowia w zdecydowany sposób ułatwiało realizację zadań stawianych wojskowej służbie oraz zabezpieczenie procesu szkolenia i zgrzywania pododdziałów jednostki wojskowej. Wszelkiego rodzaju zmiany organizacyjne mają sens jedynie wtedy, gdy prowadzą do doskonalenia już funkcjonującego systemu. Inna motywacja wprowadzania zmian wydaje się bezsensowna i szkodliwa z punktu widzenia organizacji, której dotyczy.

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Obrony Narodowej. Strategia obronności Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 2009 r. www.google.pl/search?q=ewolucja&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=unJWV5bFHsyv8wfmXZ7gBA#q=obowiazujace+doktryny+sil+zbrojnych [dostęp 07.06.2016 r.]
2. Krężel J, Trybusz A et al. Struktura organizacyjna, przeznaczenie i możliwości służby zdrowia szczebla taktycznego. *Lek. Wojsk.*, 1996; 74 (1): 32–44
3. Dóczyński M, Skalski M, Jankowski A, et al. Wykorzystanie doświadczeń wojskowej służby zdrowia w zapewnieniu bezpieczeństwa państwa. *Lek. Wojsk.*, 2015; 93 (4): 315–319
4. Wikipedia. www.pl.wikipedia.org/wiki/Ludowe_Wojsko_Polskie [dostęp 07.06.2016 r.]
5. Organizacja i praca batalionu medycznego dywizji. Skrypt z zakresu 00ZW. Łódź 1985: 9–10
6. Zarządzenia Szefa Sztabu Generalnego WP nr 017/Org. z dnia 16.03.1995 r.
7. Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia. Zarządzenie Nr 12/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 21 maja 2013 r. *Dz.U. MON* poz. 139 z dnia 23 maja 2013 r.
8. MC 326/3: NATO PRINCIPLES AND POLICIES OF MEDICAL SUPPORT