

Koncepcja i wnioski dotyczące zabezpieczenia medycznego Wojsk Obrony Terytorialnej

Concept and conclusions concerning medical support of the Territorial Defense Forces

Marek Skalski,¹ Adam Wegner,¹ Marian Dóczyński,¹ Mirosław Soszyński²

¹ Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego WIM w Warszawie; kierownik: ppłk rez. dr n. med. Marek Skalski

² Oddział Organizacyjno-Mobilizacyjny WIM w Warszawie; kierownik: płk rez. mgr Tomasz Miezancew

Streszczenie. Odpowiadając na wyzwania w zakresie bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej (RP), powołano Wojska Obrony Terytorialnej (WOT), jako kolejny rodzaj Sił Zbrojnych RP (SZ RP). Zakres działań WOT jest specyficzny, co wymusza zastosowanie odrębnych procedur zabezpieczenia medycznego. Analizując cele i zadania stawiane WOT w różnych stanach bezpieczeństwa państwa, Autorzy proponują rozwiązania organizacyjne dotyczące zabezpieczenia medycznego tych działań.

Słowa kluczowe: Wojska Obrony Terytorialnej (WOT), zabezpieczenie medyczne

Abstract. Responding to the challenges in the national security of the Republic of Poland (RP), the Territorial Defense Forces (TDF) were established as a consecutive type of the Polish Armed Forces. The scope of the TDF activities is specific, which results in the use of separate medical support procedures. While analyzing the objectives and tasks set for the TDF in various states of state security, the authors propose the medical support organizational solutions for these activities.

Key words: medical support, Territorial Defense Forces (TDF)

Nadesłano: 10.05.2018. Przyjęto do druku: 17.09.2018
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2018; 96 (4): 343–348
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

ppłk rez. dr n. med. Marek Skalski
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk
i Zdrowia Publicznego WIM
al. 1 Maja 90, 90-973 Łódź 39, skr. poczt. 14
tel. +48 42 750 42 75
e-mail: oozw@wim.mil.pl

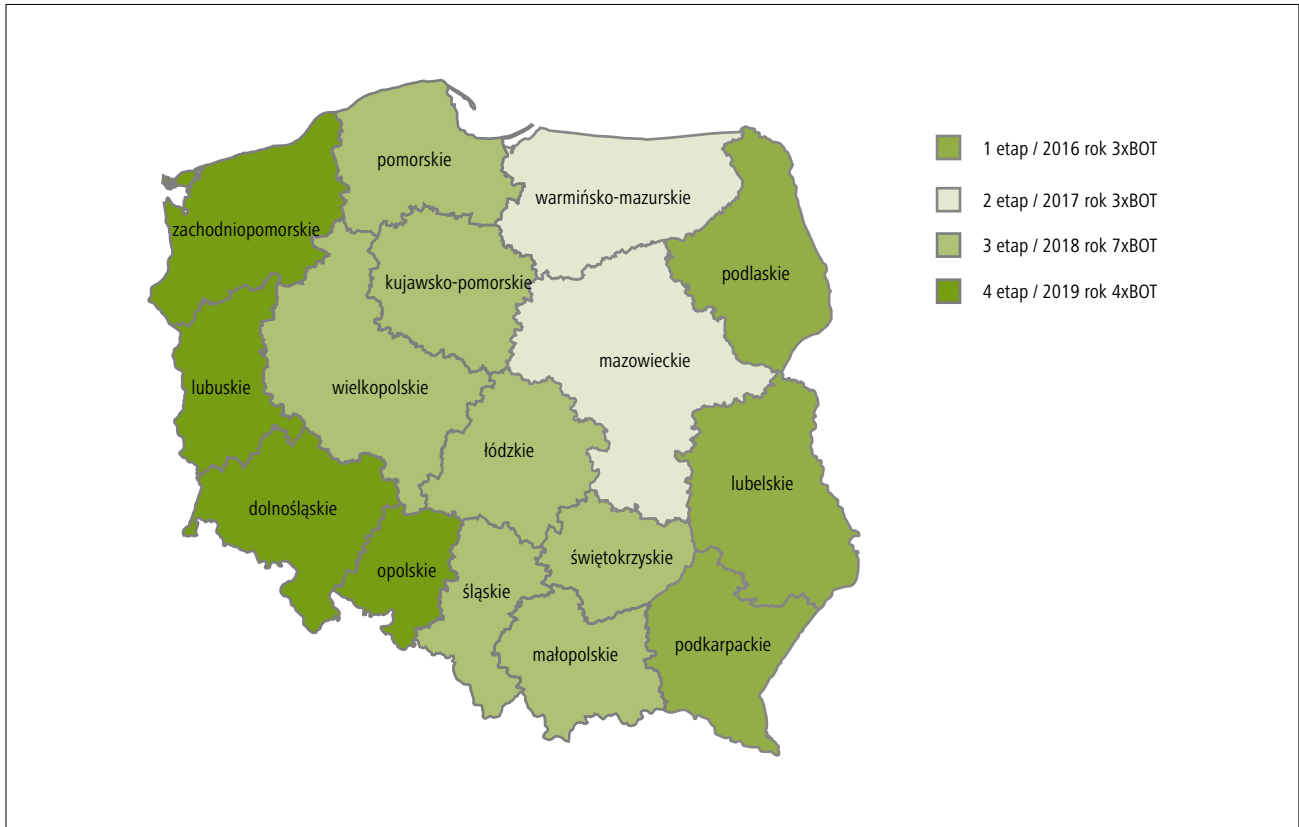
Wstęp

Aktualne i przyszłe uwarunkowania geograficzno-polityczne lokują Rzeczpospolitą Polską (RP) w strefie frontowej NATO i Unii Europejskiej. Ewentualny przyszły konflikt zbrojny może mieć charakter hybrydowy, który stawia przed Siłami Zbrojnymi RP (SZ RP) nowe wyzwania. Strategia Bezpieczeństwa Narodowego RP uwzględnia te fakty i przewiduje zaangażowanie całości sił państwa w jego obronę [1,2]. W przypadku zagrożenia bezpieczeństwa lub wojny zostanie użyty militarny i niemilitarny komponent państwa. Liczne działania na styku powyższych systemów mogą zostać powierzone Wojskom Obrony Terytorialnej (WOT).

Ustawą z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP oraz niektórych innych ustaw [3] powołano WOT, które obok Wojsk Lądowych, Sił Powietrznych, Marynarki Wojennej i Wojsk Specjalnych są piątym rodzajem wojsk w SZ RP.

Struktura organizacyjna WOT została powiązana z podziałem administracyjnym kraju i przedstawia się następująco:

- dowództwo WOT na obszar całego kraju,
- brygady WOT w województwach,
- bataliony i kompanie lekkiej piechoty w powiatach.



Rycina 1. Harmonogram formowania WOT (na podstawie: www.mon.gov.pl/obrona-terytorialna)

Figure 1. TDF formation schedule (based on www.mon.gov.pl/obrona-terytorialna)

Zadania, organizacja i działania WOT

Podstawowym pododdziałem prowadzącym działania jest kompania lekkiej piechoty, która docelowo ma znajdować się w każdym powiecie [4].

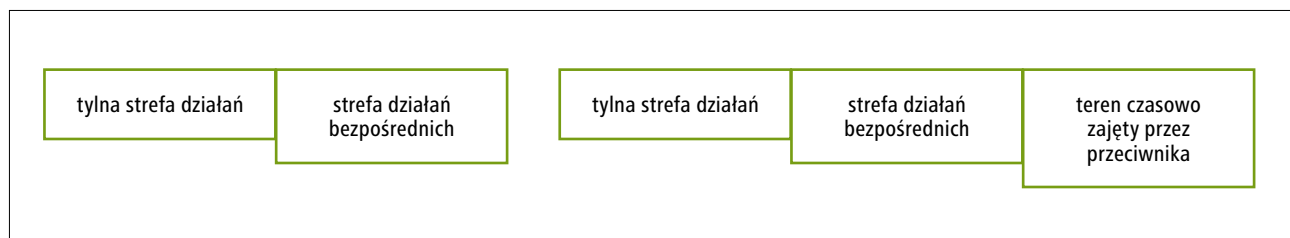
Proces formowania poszczególnych składowych potencjału WOT został rozłożony w czasie, co zostało zilustrowane na rycinie 1.

Celem utworzenia WOT jest pozyskanie nowych kadr oraz zdolności operacyjnych w poniższych obszarach:

- wsparcie wojsk operacyjnych,
- prowadzenie działań antydywersyjnych, antyterrorystycznych,
- prowadzenie działań antykrzysowych,
- prowadzenie działań antydezinformacyjnych,
- prowadzenie działań w cyberprzestrzeni,
- prowadzenie działań wywiadowczych i rozpoznawczych,
- prowadzenie działań patriotycznych i wychowawczych [5].

Z wyznaczonych celów wynikają zadania, które oddziały i pododdziały WOT mają realizować w poszczególnych stanach gotowości obronnej państwa.

- W stanie stałej gotowości obronnej państwa:
 - utrzymywanie gotowości bojowej do obrony terytorium Polski,
 - wspieranie lokalnych społeczności i elementów podsystemu niemilitarnego w realizacji zadań zarządzania (reagowania) kryzysowego, tj. osiągnięcia gotowości oraz udziału w niezwłocznym i powszechnym reagowaniu na sytuację zagrożenia o charakterze niemilitarnym w celu zapobieżenia mu lub przeciwdziałania, minimalizacji i usuwania jego skutków, a także przywracania stanu sprzed jego wystąpienia,
 - realizacja przedsięwzięć planistycznych, organizacyjnych, mobilizacyjnych i szkoleniowych, w tym szkolenia własnych pododdziałów,
 - prowadzenie działań z zakresu wojskowej komunikacji społecznej, mających na celu kształtowanie postaw i wartości patriotyczno-obywatelskich.



Rycina 2. Obszary działania WOT

Figure 2. TDF areas of operation

- W stanie gotowości obronnej państwa czasu kryzysu:
 - przygotowanie stałych rejonów odpowiedzialności (SRO) do obrony oraz osiągnięcie gotowości do podjęcia działań zgodnie z przeznaczeniem,
 - wsparcie elementów podsystemu niemilitarnego w zakresie wzmocnienia ochrony i obrony granicy państwowej, infrastruktury krytycznej i obiektów szczególnie ważnych dla bezpieczeństwa i obronności państwa oraz lokalnych społeczności,
 - rozwinięcie wojennego systemu dowodzenia WOT,
 - prowadzenie działalności rozpoznawczej oraz działań demonstracyjnych i odstrasżających w SRO,
 - wsparcie procesu mobilizacyjnego i operacyjnego rozwinięcia wojsk, a także przedsięwzięć z zakresu maskowania operacyjnego oraz inżynieryjnej rozbudowy terenu,
 - wsparcie sił wydzielonych do przygotowania i zabezpieczenia przybycia wojsk operacyjnych oraz sojusznicznych (koalicyjnych) sił wzmocnienia do SRO.
- W stanie gotowości obronnej państwa czasu wojny:
 - prowadzenie działań na poziomie taktycznym we współdziałaniu z pozostałymi rodzajami SZ oraz elementami podsystemu niemilitarnego,
 - zapewnienie powszechnej ochrony i obrony SRO, w tym wsparcia elementów podsystemu niemilitarnego w ochronie mienia państwowego, obiektów użyteczności publicznej i dóbr kultury przed grabieżą i zniszczeniem,
 - wsparcie zabezpieczenia wejścia do walki sił sojusznicznych (koalicyjnych),
 - wsparcie zabezpieczenia funkcjonowania i odtwarzania struktur administracji rządowej i samorządowej oraz bezpieczeństwa publicznego na obszarach wyzwoleń,
 - wsparcie przedsięwzięć z zakresu maskowania operacyjnego oraz inżynieryjnej rozbudowy terenu [6].

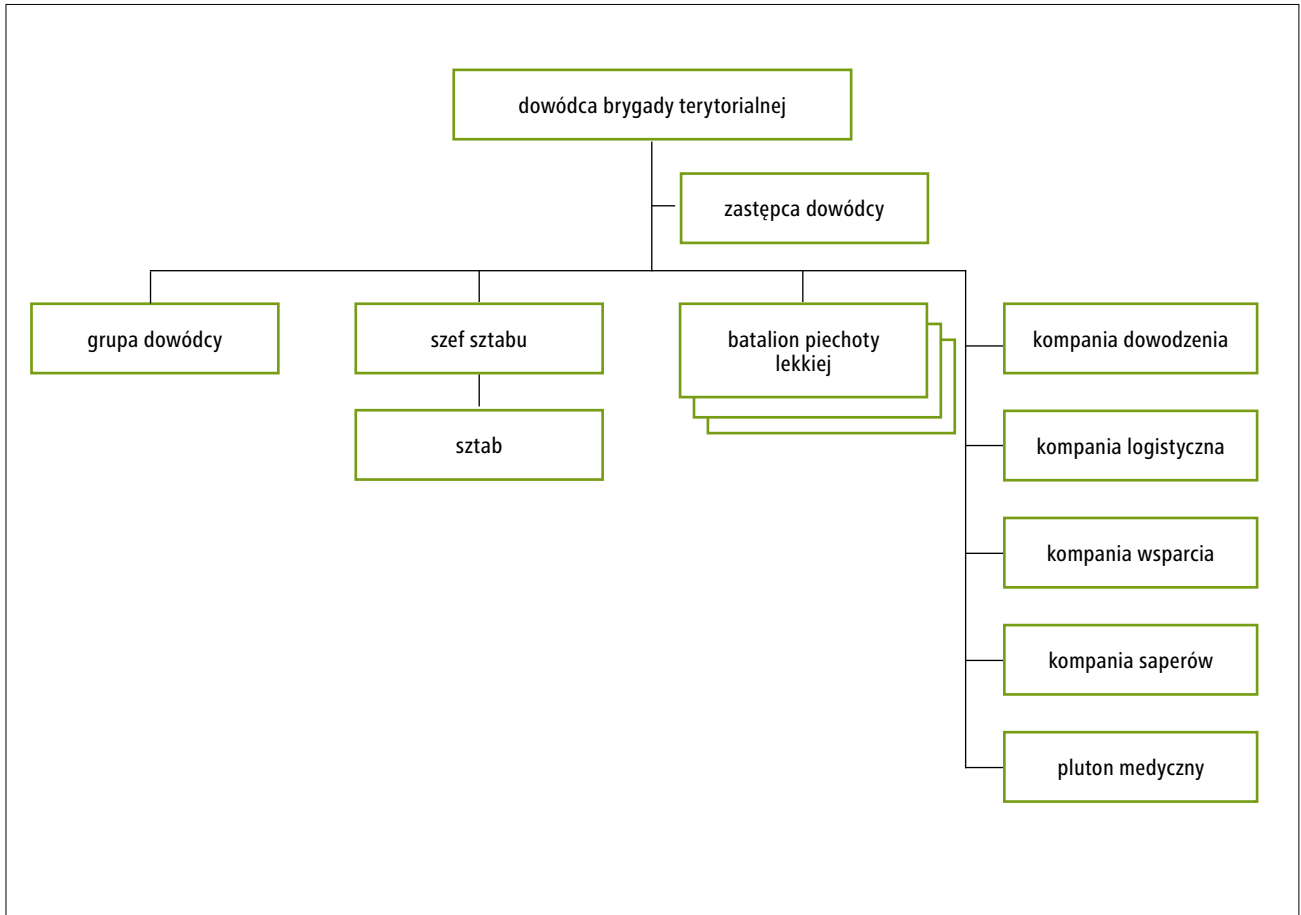
Tabela 1. Przewidywane straty sanitarne batalionu WOT w strefie działań bezpośrednich
Table 1. Expected medical casualties of Territorial Defense Forces (TDF) battalion in the area of direct actions

straty bojowe współczynnik TBC – 24,6%			
straty bezpowrotne		straty sanitarne	
KIA	CMIA	WIA	BS
32	15	107	31
straty niebojowe			
		chorzy	ranni poza walką
		12	1
straty sanitarne razem		151	

TBC – całkowity wskaźnik strat dla batalionu 24,6%, dla Brygady 8,3%, KIA – zabici, CMIA – zaginieni, WIA – ranni w walce, BS – stres pola walki

Potrzeby i możliwości zabezpieczenia medycznego WOT

Analiza zadań i spodziewanych działań WOT w wymienionych stanach gotowości obronnej państwa oraz możliwość powstania w każdym z nich strat osobowych wymusza konieczność znalezienia rozwiązań organizacyjnych pozwalających na odpowiednie zabezpieczenie medyczne. Straty sanitarne, które powstaną w stałej gotowości obronnej państwa i gotowości obronnej państwa czasu kryzysu, będą stanowiły straty niebojowe, zachorowania i zranienia poza walką. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że wskaźniki procentowe tych strat będą nieznacznie niższe lub porównywalne ze stratami wojsk operacyjnych, tj. 1,35% dla zachorowań i 0,05% dla rannych poza polem walki [7]. Uwzględniając prawdopodobny stan osobowy zaangażowanych jednorazowo w akcji sił WOT (kompania piechoty lekkiej) oraz ich rozśrodkowanie, można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że straty sanitarne powstałe w tym okresie mogą być zabezpieczone w systemie



Rycina 3. Struktura organizacyjna Brygady Obrony Terytorialnej
Figure 3. Organizational structure of Territorial Defense Brigade

Państwowego Ratownictwa Medycznego i publicznej służby zdrowia.

W stanie gotowości obronnej państwa czasu wojny WOT mogą działać w tyłowej i bezpośredniej strefie działań, a także na terenach czasowo zajętych przez przeciwnika, co zilustrowano na rycinie 2. Działania w każdym z tych obszarów będą powodować straty sanitarne, których wysokość, struktura i dynamika powstawania będą zależały m.in. od następujących czynników:

- wielkości użytych sił i ich umiejscowienia w ugrupowaniu bojowym,
- czasu prowadzenia działań,
- typu scenariusza operacyjnego,
- rodzaju użytej broni.

Można przyjąć, że w przypadku wykorzystania batalionu OT (ok. 750 osób) przewidywana struktura oraz współczynnik procentowy dobowych strat sanitarnych w strefie działań bezpośrednich będą kształtowały się podobnie jak w wojskach operacyjnych (tab. 1.).

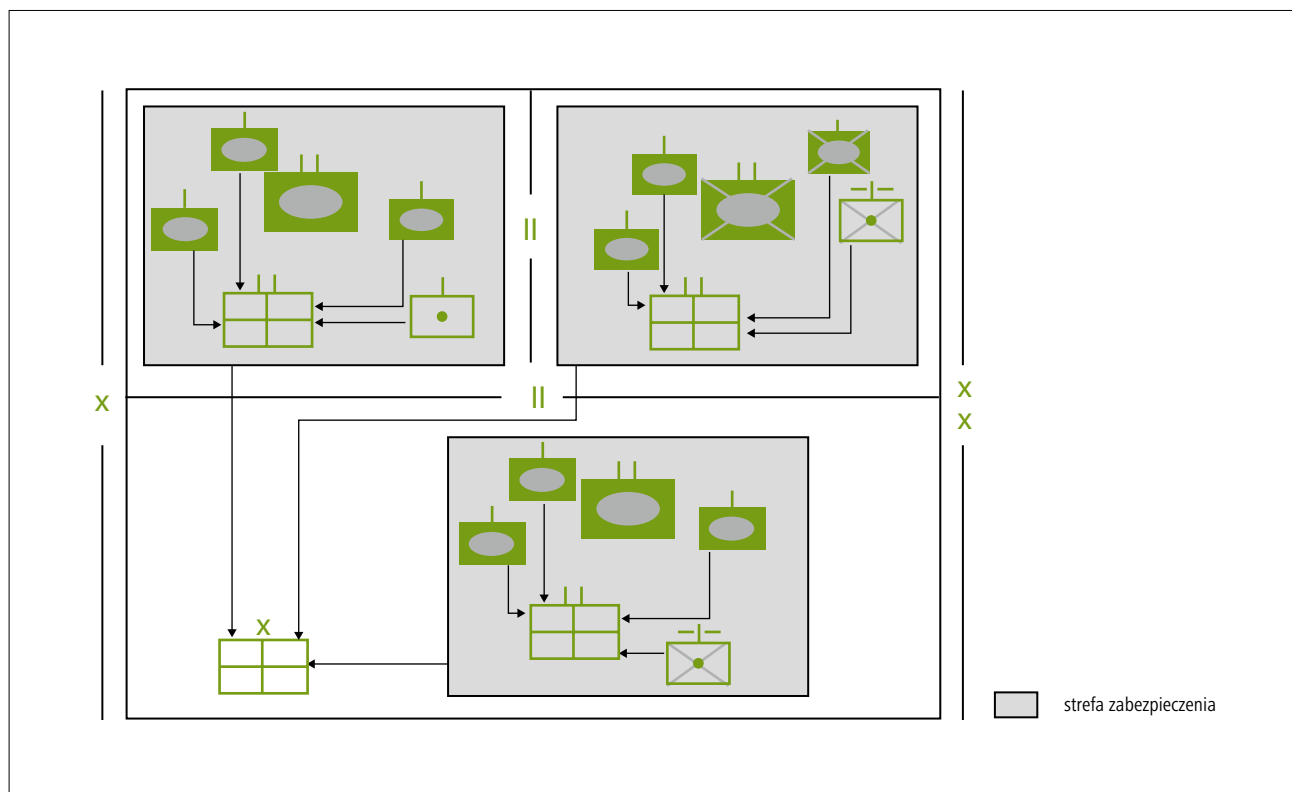
Łącznie przewidywane dobowe straty sanitarne batalionu OT wyniosą około 151 rannych i chorych żołnierzy. W przeprowadzonych prognozach należy uwzględnić stopień zaangażowania sił WOT w poszczególnych fazach działań bojowych i rozkład procentowy wielkości przewidywanych strat w zależności od umiejscowienia w ugrupowaniu bojowym:

- 40% – w elementach pierwszorzutowych,
- 30% – w odwodzie,
- 20% – w jednostkach rozmieszczonych na tyłach ugrupowania ZT,
- 10% – w pasie przesłaniania [8].

W związku z tym, że zapisy w dokumentach doktrynalnych nie przewidują takiej formy wykorzystania batalionu OT, powstanie strat w tej skali jest mało prawdopodobne, a wręcz niemożliwe.

Rozpatrując przedstawione powyżej korelacje, należy rozważyć odpowiedzi na dwa pytania.

- Czy należy tworzyć struktury medyczne w WOT, które zabezpieczą przewidywane straty sanitarne?



Rycina 4. Strefowe zabezpieczenie medyczne Brygady Zmechanizowanej

Figure 4. Zone medical protection for Mechanized Brigade

- Czy należy zreorganizować system zabezpieczenia medycznego działań bojowych tak, by zapewnić pełne zabezpieczenie medyczne strat sanitarnych WOT przez służbę zdrowia współdziałających wojsk operacyjnych?

W obecnych strukturach na poziomie brygady OT (BOT) w kompanii logistycznej przewiduje się utworzenie plutonu medycznego (ryc. 3.) [6], obsadę którego będzie stanowić trzech lekarzy, trzech ratowników, pięć drużyn ewakuacji medycznej oraz grupa wsparcia psychologicznego. W batalionie OT przewiduje się stanowiska dla 90 ratowników medycznych, natomiast w BOT dla 450.

Przeгляд prezentowanej struktury organizacyjnej oraz analiza działań bojowych BOT wskazują, że pluton medyczny nie będzie w stanie zabezpieczyć powstałych strat sanitarnych, zwłaszcza wówczas, gdy pododdziały brygadowe będą rozproszone w terenie.

Nasuwa się pytanie, czy pluton medyczny nie powinien służyć jedynie do zabezpieczenia sztabu BOT?

Podobnie działania pododdziałów BOT zarówno w tylnej strefie działania, jak i strefie czasowo zajętej przez przeciwnika nie sprzyjają wykorzystaniu plutonu medycznego jako poziomu ewakuacji medycznej.

Jednoczesne zaangażowanie kilku pododdziałów BOT doprowadzi do powstania dużych strat sanitarnych, dla których konieczne będzie zorganizowanie odrębnego poziomu pomocy medycznej.

W przypadku powstania strat sanitarnych w trakcie działań w strefie czasowo zajętej przez przeciwnika posiadanie tego typu pododdziału medycznego staje się bezprzedmiotowe. Rannym i chorym pomocy będzie musiał udzielić ratownik medyczny, natomiast pomoc lekarską poszkodowani uzyskają po wykonaniu manewru przenikania przez pozycje przeciwnika na tereny zajmowane przez wojska własne lub pomocy udzieli lokalny personel medyczny w placówkach medycznych na zajętych przez przeciwnika terenie.

W SZ RP zabezpieczenie medyczne pola walki prowadzone jest w oparciu o system leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań. System ten zakłada rozwinięcie w ugrupowaniu bojowym wojsk poszczególnych poziomów zabezpieczenia medycznego, które pozwalają w odpowiednim czasie udzielić pomocy medycznej poszkodowanym w coraz szerszym zakresie, w połączeniu z ewakuacją medyczną. Pododdziały i oddziały medyczne do lat 2006–2007 na szczeblu taktycznym stanowiły integralną część pododdziałów i oddziałów

ogólnowojskowych, które zabezpieczały w działaniach bojowych. W wyniku zmian dotyczących publicznej służby zdrowia oraz uzawodowienia i profesjonalizacji SZ wojskowa służba zdrowia została wyodrębniona ze struktur ogólnowojskowych i zgrupowana w powstałych Grupach Zabezpieczenia Medycznego (GZM). W założeniach na czas działań bojowych elementy medyczne GZM będą przydzielane do poszczególnych pododdziałów i oddziałów w celu zabezpieczenia ich pod względem medycznym [9-11].

Należy rozważyć potrzebę wprowadzenia tzw. zabezpieczenia strefowego działań bojowych, którego istotą byłoby przejęcie odpowiedzialności za leczenie i ewakuację medyczną rannych i chorych ze wszystkich jednostek znajdujących się w strefie (w tym pododdziałów WOT) przez służbę zdrowia brygady. Przykładową sytuację taktyczną zobrazowano na rycinie 4.

Wojskowa służba zdrowia, w zależności od przewidywanej intensywności działań i wielkości prognozowanych strat sanitarnych, powinna otrzymać wzmocnienie ze szczebla nadrzędnego. W omawianej sytuacji strefowego zabezpieczenia medycznego pododdziały i grupy żołnierzy WOT wykorzystują własne siły medyczne do udzielania pierwszej pomocy medycznej, organizowania samopomocy i gniazd rannych oraz wynoszenia i ewakuacji rannych i chorych z pola walki. Ewakuacja medyczna do rozwiniętych etapów medycznych wojsk operacyjnych w miarę możliwości powinna być prowadzona transportem własnym WOT i doraźnym. Dalsze leczenie i ewakuacja przechodziłyby w zakres kompetencji dowódcy medycznego strefy zabezpieczenia medycznego brygady. Żołnierze ci po wyleczeniu powinni stanowić uzupełnienie stanów osobowych wojsk operacyjnych.

Wnioski

- Charakter zadań realizowanych przez WOT będzie powodował rozproszenie pododdziałów i grup żołnierzy w terenie.
- Rozproszenie sił WOT utrudni systemowe zorganizowanie zabezpieczenia medycznego działań przez organiczną służbę zdrowia WOT.
- Podstawowym zadaniem służby zdrowia WOT będzie udzielanie pierwszej pomocy medycznej oraz ewakuacja medyczna rannych i chorych.
- Zasadnicze siły medyczne będą stanowić ratownicy medyczni w pododdziałach BOT, kierujący i koordynujący udzielanie pomocy medycznej.
- Niezbędne jest intensywne szkolenie sanitarne stanów osobowych BOT w celu uzyskania pożądanych umiejętności w udzielaniu pomocy wzajemnej i samopomocy.
- Stosunkowo liczna grupa ratowników medycznych i odpowiednie ich przydziały gwarantują właściwe zabezpieczenie pomocy przedlekarskiej.
- Brak merytorycznego uzasadnienia tworzenia pododdziałów i oddziałów medycznych w strukturach BOT.
- W sytuacji przebywania pododdziałów BOT w strefie bezpośrednich działań należy organizować zabezpieczenie medyczne w oparciu o system zabezpieczenia medycznego wojsk operacyjnych
- Celowe jest skoordynowanie procedur zabezpieczenia medycznego WOT w ramach zabezpieczenia strefowego brygady SZ RP.
- Powołanie do służby w strukturach WOT kadry lekarskiej pogłębi dysproporcje pomiędzy możliwościami i potrzebami w zakresie udzielania pomocy medycznej ludności cywilnej, w sposób negatywny wpłynię na morale ludności cywilnej i żołnierzy oraz utrudni i tak skomplikowaną sytuację uzupełniania rezerw medycznych przez wojska operacyjne.

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Obrony Narodowej. Strategia Obronności Rzeczypospolitej Polskiej, Strategia sektorowa do Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 2009 r.
2. www.umwd.dolnyślask.pl/fileadmin/user_upload/Bezpieczenstwo/Prawo/Strategia_Obronności.doc [dostęp 07.05.2018 r.]
3. Banasiak M. Russia's hybrid war in theory and practice. *J Baltic Sec*, 2016; 2: 1. www.degruyter.com/view/j/jobs.../jobs-2016-0035.xml [dostęp 07.5.2018 r.]
4. Dziennik Ustaw rok 2016, nr 0, poz. 2138. www.prawo.money.pl/akty-prawne/dziennik-ustaw/ustawa;z;dnia;16;listopada,dziennik,ustaw,2016,000,2138.html [dostęp 07.05.2018 r.]
5. Wróbel I., Perspektywy współdziałania wojsk obrony terytorialnej z administracją publiczną. *Kwartalnik Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego* 2017; 3. (XXVIII): 133–150. www.repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/17311/Bezpieczenstwo_Teoria_i_Praktyka_nr3_2017.pdf?sequence=6 [dostęp 07.05.2018r.]
6. Ministerstwo Obrony Narodowej, Biuro Ds. Utworzenia Obrony Terytorialnej. *Wojska obrony terytorialnej – stan aktualny i perspektywy*. www.oko.press/images/2016/09/WOT_PERSPEKTYWY.pdf [dostęp 07.05.2018 r.]
7. *Wojska obrony terytorialnej w operacji DD-3.40 Warszawa 2018*
8. AD 85-8-ACE Medical Support Principles and Policies. *Policies and Planning Parameters*, October 1993
9. Dójczyński M, Lasota B, Kwiasowski Z, Wegner A. Straty sanitarne na współczesnym polu walki. *Lek Wojsk*, 1996; 1: 14–20
10. Trybusz A, Krężel J, Magier S, Kapusta H. Ogólna charakterystyka systemu leczenia etapowego z ewakuacją wg wskazań. *Lek Wojsk*, 1996; 1: 21–24
11. Skalski M, Lewy M. Ewolucja struktur organizacyjnych służby zdrowia Związku Taktycznego (ZT) Sił Zbrojnych RP (SZ RP) na przełomie XX i XXI wieku. *Lek Wojsk*, 2017, 96: 178–185
12. Dójczyński M, Wegner A, Jankowski A, Grześków J. Ewakuacja medyczna na współczesnym polu walki w armiach państw NATO. *Valetudinaria. Wojsk. Supl. Bydgoszcz* 2001: 43–44