



ZMIANY ADAPTACYJNE W SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA LECZNICZO-EWAKUACYJNEGO DZIAŁAŃ BOJOWYCH W ZALEŻNOŚCI OD SYTUACJI OPERACYJNEJ NA PRZYKŁADZIE DZIAŁANIA WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA W UKRAINIE



Adaptive changes in the medical and evacuation support system for combat operations, depending on the operational situation, as illustrated by the activities of the Ukrainian military health service

Marek Skalski¹, Marcin Klepczarek², Jacek Grębowski¹, Mirosław Soszyński³

1. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego, Polska
2. Centrum Szkolenia Wojsk Specjalnych (komendant: płk Wojciech Smoluch), Polska
3. Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział Administracyjno-Mobilizacyjny, Polska

Marek Skalski –  0009-0004-2684-3804

Marcin Klepczarek –  0009-0008-3317-8370

Jacek Grębowski –  0000-0001-5407-9533

Mirosław Soszyński –  0009-0002-4663-9099

Streszczenie

Artykuł przedstawia krótką historię dwuetapowego konfliktu zbrojnego, który rozpoczął się w lutym 2014 roku i trwa do chwili obecnej. Autorzy, opisując cztery kluczowe okresy pierwszego etapu działań, zwracają uwagę na problemy, z jakimi borykała się wojskowa służba zdrowia w tym czasie. Zmiany, jakie zaszły w sposobie zabezpieczenia medycznego strat sanitarnych w poszczególnych fazach pierwszego etapu działań, pozwoliły na stworzenie jednolitej przestrzeni zabezpieczenia medycznego w Ukrainie w dalszym etapie konfliktu. Wprowadzone zmiany w systemie zabezpieczenia medycznego działań bojowych, wzorowanych na rozwiązaniach zachodnich, przyczyniły się do zwiększenia skuteczności wsparcia medycznego armii ukraińskiej. Autorzy, bazując na doświadczeniach uczestników walk, wskazują na potrzebę dalszych usprawnień logistyczno-organizacyjnych, które mogą zwiększyć efektywność systemu leczniczo-ewakuacyjnego. Celem pracy jest ukazanie zmian w tym systemie w trakcie trwania działań wojennych w Ukrainie. Zmiany zachodzące w systemie leczniczo-ewakuacyjnym armii ukraińskiej w czasie trwania konfliktu zbrojnego powinny podlegać szczegółowej analizie, a wnioski z niej płynące należy wykorzystać w działalności wojskowej służby zdrowia Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Abstract

The article presents a brief history of the two-stage conflict that began in February 2014 and continues to this day. By describing four key periods of the first stage of the conflict, we highlight the problems faced by the military health service during this time. The changes in how medical and sanitary losses were managed during the various phases of the first stage of operations laid the groundwork for a unified medical support system in Ukraine during the later stage of the conflict. Modifications of the combat medical support system, aligned with Western standards, significantly enhanced the effectiveness of medical services within the Ukrainian army. Based on the experience of combat participants, necessary logistical and organizational changes that could further improve the medical evacuation system were identified. The aim of this paper was to present the evolution of the treatment and evacuation system during the course of hostilities in Ukraine. The transformations within the Ukrainian army's medical evacuation system during the armed conflict require detailed analysis, with the findings serving to guide the operations of the military health service of the Polish Armed Forces.

Słowa kluczowe: system leczniczo-ewakuacyjny; jednolita przestrzeń zabezpieczenia medycznego

Keywords: medical treatment and evacuation system; uniform medical support space

DOI 10.53301/lw/193421

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.09.2024

Zaakceptowano do druku: 16.09.2024

Autor do korespondencji:

Marek Skalski

Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego,
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
e-mail: marskal@interia.pl

Wstęp

W dniu 24 lutego 2024 roku minęły dwa lata od wybuchu pełnoskalowego konfliktu zbrojnego w Ukrainie. Potencjalny scenariusz przygotowań do tej operacji przedstawił już w 1940 roku w książce „Nowe formy wojny” gen. Georgij Isserson, który w działaniach poprzedzających wybuch II wojny światowej, prowadzonych przez wojska niemieckie, zauważył potrzebę wstępnego rozmieszczenia wojsk, skrytą mobilizację i koncentrację, a następnie przeprowadzenie szybkich działań agresorskich bez wypowiedzenia wojny. Isserson był twórcą koncepcji uderzenia na całej głębokości ugrupowania wojsk nieprzyjaciela, aby jednocześnie, z wykorzystaniem wszystkich sił, objąć tereny odległe od frontu. Koncepcję tę rozwinął generał Walerij Gierasimow, twórca współczesnej doktryny wojennej Federacji Rosyjskiej (tzw. teorii chaosu). W odróżnieniu od klasycznego podejścia Carla von Clausewitza, Gierasimow uważa wojnę za część działań politycznych, włączając w jej realizację wszystkie dostępne środki, w tym akcje hakerskie, cyberataki, wykorzystanie mediów, kontrolowane przecieki informacji, fałszywe wiadomości oraz hybrydowe i asymetryczne działania militarne. Działania polityczne i dezinformacyjne mają stwarzać wrażenie, że w rejonie rosyjskich zainteresowań powstaje sytuacja wzrastającego zagrożenia dla bezpieczeństwa Rosji bądź jej sojuszników, co z kolei daje przyzwolenie do podjęcia działań prewencyjnych, w tym również militarnych [1–3].

Etapy konfliktu zbrojnego w Ukrainie

Konflikt zbrojny w Ukrainie jest dwuetapowy. Pierwszy etap, faktycznie rozpoczęty w lutym 2014 roku, trwał do 24 lutego 2022 roku, choć jego charakter uległ znacznej zmianie. Rosja, modelując sytuację polityczną w Ukrainie, doprowadziła do wewnętrznego konfliktu zbrojnego z udziałem ruchów separatystycznych w obwodach donieckim i ługańskim. Jednocześnie w sposób skryty, angażując się zbrojnie i wprowadzając do działań nieoznakowane elementy sił zbrojnych Federacji Rosyjskiej, doprowadziła do aneksji Krymu [4].

Zasadniczo w pierwszym etapie można wyróżnić cztery okresy konfliktu:

- Pierwszy okres (od lutego do września 2014 roku) charakteryzował się stopniowym wzrostem napięcia, które w sierpniu i wrześniu przerodziło się w otwarty konflikt zbrojny o średniej intensywności. Służba bezpieczeństwa, milicja i jednostki specjalne w ramach przeciwdziałania zaistniałej sytuacji rozpoczęły operację antyterrorystyczną (ukr. антитерористична операція, ATO). Podpisanie porozumienia o zawieszeniu działań zbrojnych spowodowało znaczne zmniejszenie ich intensywności;
- Drugi okres (od września 2014 do lutego 2015 roku) charakteryzował się pełnym przywróceniem intensywności działań wojennych (szczególnie w okresie od stycznia do lutego 2015 roku); zakończeniem tego okresu było podpisanie rezolucji o nieużywaniu broni ciężkiej;
- Trzeci okres (od marca 2015 do kwietnia 2018 roku) charakteryzował się niskim nasileniem działań wojennych, z okresowymi zaostrenieniami oraz aktywnymi działaniami rozpoznawczymi i dywersyjnymi;

- Czwarty okres (od 30 kwietnia 2018 do 24 lutego 2022 roku) – od przekształcenia ATO w operację sił połączonych (OSP), która w odróżnieniu od operacji antyterrorystycznej jest operacją wojskową mającą na celu stabilizację sytuacji w Donbasie i Ługańsku. Wraz z początkiem OSP zmienił się sposób zarządzania wykorzystaniem wszystkich formacji wojskowych i jednostek bezpieczeństwa zaangażowanych w odparcie zbrojnej agresji Federacji Rosyjskiej, które teraz przejął Sztab Generalny Sił Zbrojnych Ukrainy [5].

Po aktywnych działaniach wojennych władze w Ukrainie poczyniły starania zmierzające do ściślejszej współpracy militarnej z Zachodem w zakresie modernizacji armii, doskonalenia systemu działania i dowodzenia oraz zabezpieczenia medycznego działań bojowych. Czas pomiędzy rokiem 2015 a 2022 obie strony (Ukraina i Federacja Rosyjska) wykorzystywały do umocnienia swoich pozycji i przygotowania się do przyszłego konfliktu. Ukraina odtworzyła potencjał militarny w oparciu o doświadczenia państw zachodnich, we współpracy z ich ośrodkami szkoleniowymi, oraz skupiła się na budowie umocnień fortyfikacyjnych na wybranych kierunkach. Rosja natomiast, zgodnie z zapisami doktrynowymi, poprzez wszelkie działania polityczne i dezinformacyjne tworzyła sprzyjające środowisko do uzasadnienia przyszłej interwencji. We wrześniu 2021 roku Rosja wspólnie z Białorusią przeprowadziła w rejonie przygranicznym Polski i Ukrainy cykliczne manewry „Zapad 2021”, pozostawiając po ich zakończeniu na poligonach wzdłuż granicy z Ukrainą sprzęt wojskowy oraz centra dowodzenia. Na początku lutego 2022 roku rozpoczęto manewry sił zbrojnych Rosji i Białorusi pod kryptonimem „Sojusznicza Stanowczość 2022”. Moskwa i Mińsk przekonywały, że liczba sił zaangażowanych w ćwiczenia jest niewielka i nie podlega kontroli w ramach OBWE. Z tego powodu zrezygnowano z zaproszenia zewnętrznych obserwatorów; w komunikacji, w odróżnieniu od praktyki lat ubiegłych, nie podano liczby żołnierzy i sprzętu. Według dostępnych danych Rosja skoncentrowała przy granicy z Ukrainą około 127 000 żołnierzy [4, 5].

Od stycznia 2022 roku, zgodnie z rosyjską doktryną wojenną, nasiliły się działania prowokacyjne w anektowanych republikach na wschodzie Ukrainy oraz wzmógł się szantaż polityczny, połączony z nierealnymi żądaniami dotyczącymi działań państw zachodnich i NATO. Tego rodzaju działania, mające na celu przygotowanie uzasadnienia dla rozpoczęcia przyszłego konfliktu, były zauważane przez służby wywiadowcze NATO, a także agencje wywiadowcze USA i Wielkiej Brytanii, które ostrzegały przed wybuchem wojny. Terminy rozpoczęcia ewentualnych działań nie były jednak precyzyjne. W dniu 24 lutego 2022 roku strona rosyjska rozpoczęła inwazję zbrojną, określaną przez agresora mianem „specjalnej operacji wojskowej”.

Rozpoczynając pełnoskalowy konflikt zbrojny, Siły Zbrojne Federacji Rosyjskiej planowały działania wysoce kinetyczne, zmierzające do szybkiego opanowania Kijowa i ustanowienia rządu tymczasowego zależnego od Moskwy. Jednak zdecydowane działania Sił Zbrojnych Ukrainy w rejonach objętych walkami doprowadziły do zablokowania Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej i przeniesienia ciężaru walk na wschód Ukrainy, a także do zmiany ich

charakteru – z działań kinetycznych na działania pozycyjne na szczeblu taktycznym o różnym stopniu nasilenia. Od początku agresji działania bojowe realizowane przez stronę rosyjską charakteryzują się znacznym stopniem brutalności, w tym atakami na obiekty handlowe, mieszkalne, kulturalne oraz placówki medyczne. W okresie jesienno-zimowym 2023/2024 znacznie nasiliły się ataki wymierzone w infrastrukturę energetyczną Ukrainy, wywierające dodatkowy wpływ na sferę psychologiczną jej obywateli. Podczas działań frontowych Siły Zbrojne Federacji Rosyjskiej celowo „polują” na ratowników, medyków pola walki, pojazdy ewakuacyjne oraz polowe urządzenia medyczne. Tego rodzaju działania nie pozostawały bez wpływu na organizację zabezpieczenia medycznego pola walki i funkcjonowanie systemu leczniczo-ewakuacyjnego Sił Zbrojnych Ukrainy [5].

Zmiany systemu leczniczo-ewakuacyjnego Sił Zbrojnych Ukrainy w latach 2014–2024

Działania bojowe w 2014 roku zastały Siły Zbrojne Ukrainy, w tym wojskową służbę zdrowia, w okresie reformy organizacyjnej, której tempo było bardzo powolne z powodu znacznego niedofinansowania oraz wynikających z tego niedociągnięć w zakresie wyposażenia, wyszkolenia oraz redukcji etatów.

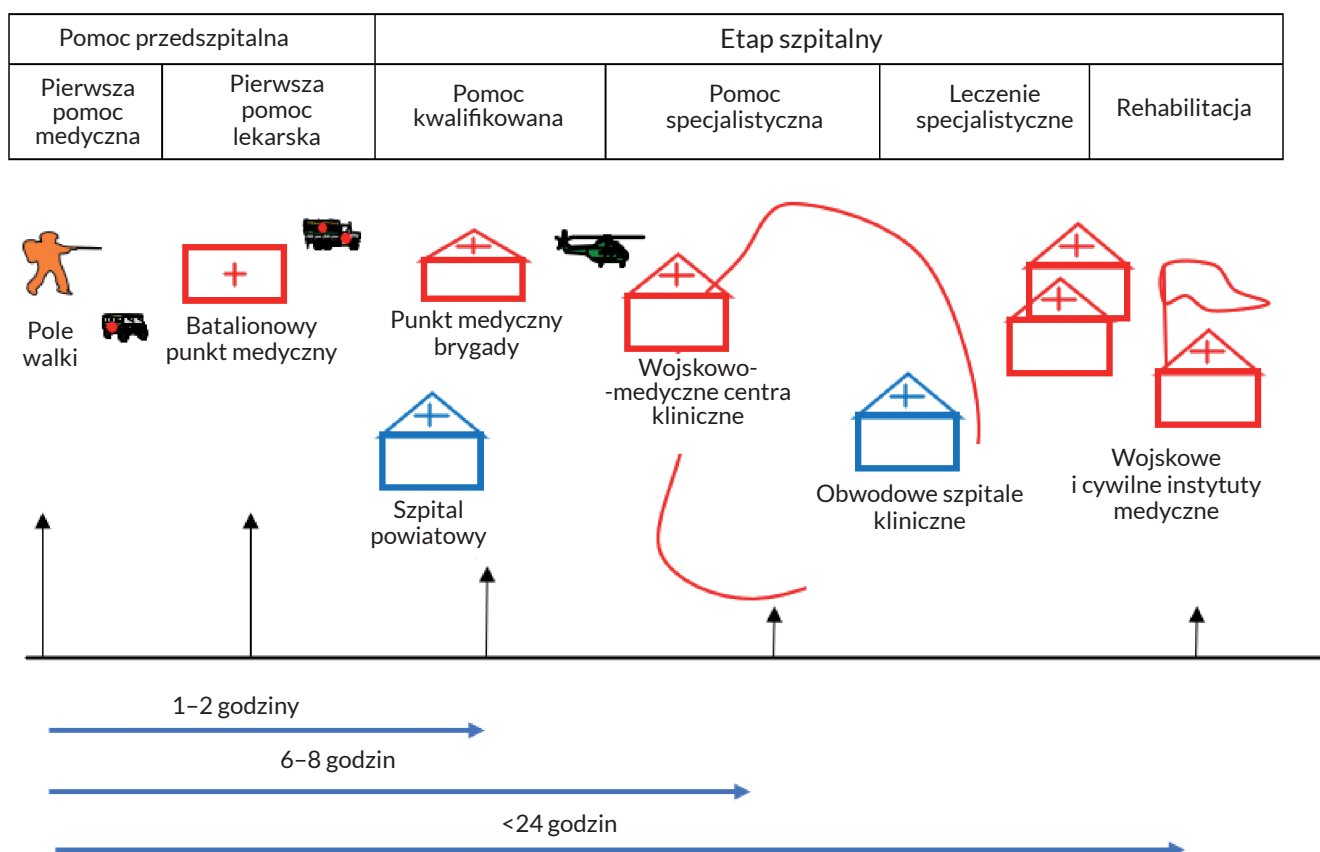
W zabezpieczeniu medycznym Sił Zbrojnych Ukrainy obowiązywał system leczenia etapowego, z ewakuacją według wskazań, wzorowany na systemie stosowanym w Siłach Zbrojnych Federacji Rosyjskiej (ryc. 1) [6]. Obejmował on siły i środki wojskowej służby zdrowia rozmieszczone przy

drogach ewakuacyjnych, a także organizację ewakuacji oraz segregacji rannych i chorych do kolejnych punktów medycznych, w których udzielano coraz bardziej zaawansowanej pomocy medycznej – od pierwszej pomocy lekarskiej, przez pomoc specjalistyczną, aż po rehabilitację.

Jednak z powodu wyżej wymienionych czynników system nie zadziałał prawidłowo. Już w początkowym okresie ATO wystąpiły problemy w zakresie zabezpieczenia medycznego powodowane brakami w następujących obszarach:

- zunifikowanych środków ochrony osobistej żołnierzy, a co za tym idzie – braku umiejętności ich stosowania;
- nowoczesnych systemów informatycznych wspomagających zarządzanie zaopatrzeniem medycznym, łączności cyfrowej, środków poszukiwania rannych w rejonach strat sanitarnych, indywidualnych nośników danych medycznych, itp.;
- opancerzonych środków ewakuacji rannych z pola walki i możliwości ewakuacji lotniczej;
- mobilnych modułów medycznych do rozmieszczania etapów ewakuacji medycznej oraz nowoczesnego wyposażenia ruchomych urządzeń wojskowej służby zdrowia, umożliwiające ich autonomiczne funkcjonowanie w warunkach terenowych;
- doświadczonego personelu medycznego;
- stabilnych struktur organizacyjnych – wystąpiła ich deformacja spowodowana redukcją etatów.

Zaniedbania finansowo-organizacyjne w istotny sposób wpłynęły na realizację zabezpieczenia medycznego, prowadząc do konieczności zaangażowania cywilnego syste-



Rycina 1. System leczniczo-ewakuacyjny Sił Zbrojnych Ukrainy

mu opieki zdrowotnej i utworzenia jednolitej przestrzeni zabezpieczenia medycznego. Sytuacja ta z kolei uwidoczniła brak przygotowania personelu cywilnej służby zdrowia do opieki nad rannymi, niewłaściwe postępowanie z obrażeniami bojowymi i konieczność wielokrotnego powtarzania interwencji chirurgicznych.

System leczniczo-ewakuacyjny funkcjonował w oparciu o organiczne pododdziały i oddziały medyczne Sił Zbrojnych Ukrainy, wspomagane potencjałem cywilnej służby zdrowia oraz doraźnie organizowanymi brygadami lekarsko-pielęgniarskimi, które udzielały pierwszej pomocy lekarskiej z elementami pomocy kwalifikowanej w rejonie ATO. Znaczna liczba kompanii medycznych zaangażowanych w tym rejonie, ze względu na braki kadrowe i niedostateczne wyposażenie, nie była w pełni funkcjonalna. Po odtworzeniu potencjału medycznego pododdziałów wojskowo-medycznych, brygady lekarsko-pielęgniarskie stopniowo wycofywano z rejonu ATO.

Podczas ATO brakowało jasnych zasad zarządzania oraz współpracy pomiędzy systemami ochrony zdrowia wojskowym i cywilnym. Pomimo posiadania określonych sił i środków wojskowej służby zdrowia, udzielanie pomocy medycznej według standardów postsowieckich okazało się błędem. W związku z tym przyjęto natowskie zasady organizacji systemu zabezpieczenia medycznego pola walki, w którym kluczowymi elementami są terminowość, następowość i ciągłość udzielania pomocy medycznej. Duży nacisk położono na czas udzielania pomocy medycznej: pierwsza pomoc powinna być dostępna w ramach samopomocy, pomocy wzajemnej oraz działań ratowników, zgodnie z zasadą „platynowych minut” (10 minut od urazu) oraz „złotej godziny” (stabilizacja procesów życiowych), a pilne zabiegi operacyjne powinny być realizowane w ciągu 2 godzin od wystąpienia urazu. Dopuszczono możliwość zmniejszania liczby etapów ewakuacji medycznej przy jednoczesnym przybliżeniu pomocy specjalistycznej do pola walki.

Szpitala stacjonarne zabezpieczające ATO zostały ułożone na trzech szczeblach:

- pierwszy (30–100 km od obszarów walk) – mobilne szpitale wojskowe i cywilne, wydzielone placówki opieki zdrowotnej zlokalizowane w strefie ATO, zapewniały wykwalifikowaną i pilną specjalistyczną opiekę medyczną oraz dalszą ewakuację rannych;
- drugi (150–300 km od obszarów walk) – w pobliżu strefy ATO, reprezentowany na południowym kierunku ewakuacji przez szpital wojskowy w Dnieprze i Dnieprowski Obwodowy Szpital Kliniczny, na północnym kierunku ewakuacji – przez Wojskowo-Medyczne Kliniczne Centrum Obwodu Północnego (Charków). Placówki te zapewniały specjalistyczną opiekę medyczną, pełniąc funkcję szpitali ewakuacyjnych;
- trzeci (tyły kraju) – zdecydowana większość rannych, po otrzymaniu opieki medycznej i ustabilizowaniu stanu zdrowia, była następnie przenoszona do szpitali ewakuacyjnych na tyłach kraju. Trzeci szczebel znajdował się daleko poza strefą ATO i był reprezentowany przez Ogólnoukraińskie Wojskowe Centrum Medyczne (Kijów), regionalne centra medyczne (Odessa, Winnica, Lwów), szpitale stacjonarne, wieloprofilowe szpitale Ministerstwa Zdrowia Ukrainy oraz klinicz-

ne placówki opieki zdrowotnej Narodowej Akademii Nauk Medycznych Ukrainy, w których zapewniono specjalistyczne leczenie rannych i poszkodowanych.

W pierwszym okresie ATO według danych ukraińskich największym problemem w zakresie zabezpieczenia medycznego były:

- brak jednolitego systemu wsparcia medycznego dla ATO (system ten ewoluował w trakcie trwania operacji);
- niewystarczające przeszkolenie żołnierzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej w formie samopomocy i pomocy wzajemnej;
- niedostateczne wsparcie kadrowe i materiałowe służby medycznej wojska oraz jednostek wojskowych;
- brak pojazdów ewakuacyjnych, zwłaszcza opancerzonych;
- niemożność powszechnego wykorzystania ewakuacji lotniczej ze względu na użycie przez wroga przeciwlotniczej broni rakietowej;
- brak wiedzy i przygotowania lekarzy w cywilnych placówkach opieki zdrowotnej oraz zmobilizowanych pracowników służby zdrowia w strefie konfliktu w zakresie medycyny wojskowej, w szczególności wojskowej chirurgii polowej, a także zapewnienia opieki medycznej rannym z obrażeniami bojowymi i urazami po wybuchu min;
- niewystarczające wsparcie materialne dla Wojskowo-Medycznych Centrów Klinicznych, wojskowych szpitali stacjonarnych i mobilnych, które było częściowo kompensowane przez pomoc wolontariuszy.

W drugim okresie, w związku ze stabilizacją działań i utworzeniem linii demarkacyjnej, nadszedł czas na podsumowanie działalności w zakresie analizy rodzaju i struktury zachorowań (głównie obrażeń odniesionych w wyniku ran bojowych) oraz potrzeb medyczno-organizacyjnych. Dokonano oceny głównego czynnika sprawczego, rodzaju, topografii oraz ciężkości obrażeń. Stwierdzono, że głównym czynnikiem sprawczym urazów było oddziaływanie broni artyleryjskiej i rakietowej (56,7%), rany były mnogie i wielonarządowe (27,4%). Jeśli chodzi o lokalizację obrażeń dominowały urazy kończyn (57,1%), głowy (26,6%), klatki piersiowej (7,0%) oraz jamy brzusznej (5,5%). Obrażenia w obrębie jamy brzusznej, mimo że stanowiły stosunkowo niski odsetek wszystkich urazów leczonych w warunkach szpitalnych, były przyczyną 46% zgonów. W strukturze ciężkości obrażeń dominowały urazy lekkie (47,3%) i średniego stopnia (42,3%); obrażenia ciężkie stanowiły jedynie 10,4%. Uzyskane dane porównano z informacjami dotyczącymi ciężkości urazów w innych konfliktach z udziałem Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej (Afganistan – 20%, Czeczenia – 30%) i podjęto decyzję o wzmocnieniu podstawowego poziomu zabezpieczenia medycznego pola walki oraz ścisłym egzekwowaniu norm taktycznych wojskowej służby zdrowia w zakresie czasu udzielania pierwszej pomocy. Działania te doprowadziły do wzrostu odsetka przybywających do szpitali rannych w stopniu ciężkim do ok. 14,5%, a tym samym do wzrostu śmiertelności szpitalnej w tej grupie do 1,2%. Jednocześnie odnotowano znaczny odsetek pacjentów kierowanych do szpitali z obrażeniami niezwiązanymi bezpośrednio z działaniami bojowymi oraz z chorobami. Sytuacja ta wynikała z niewłaściwej oceny stanu zdrowia osób wcielanych w szeregi walczących jednostek i była spowodowana brakiem odpowiedniej wiedzy leka-

rzy komisji wojskowych odnośnie do norm zdrowotnych kwalifikujących do służby wojskowej.

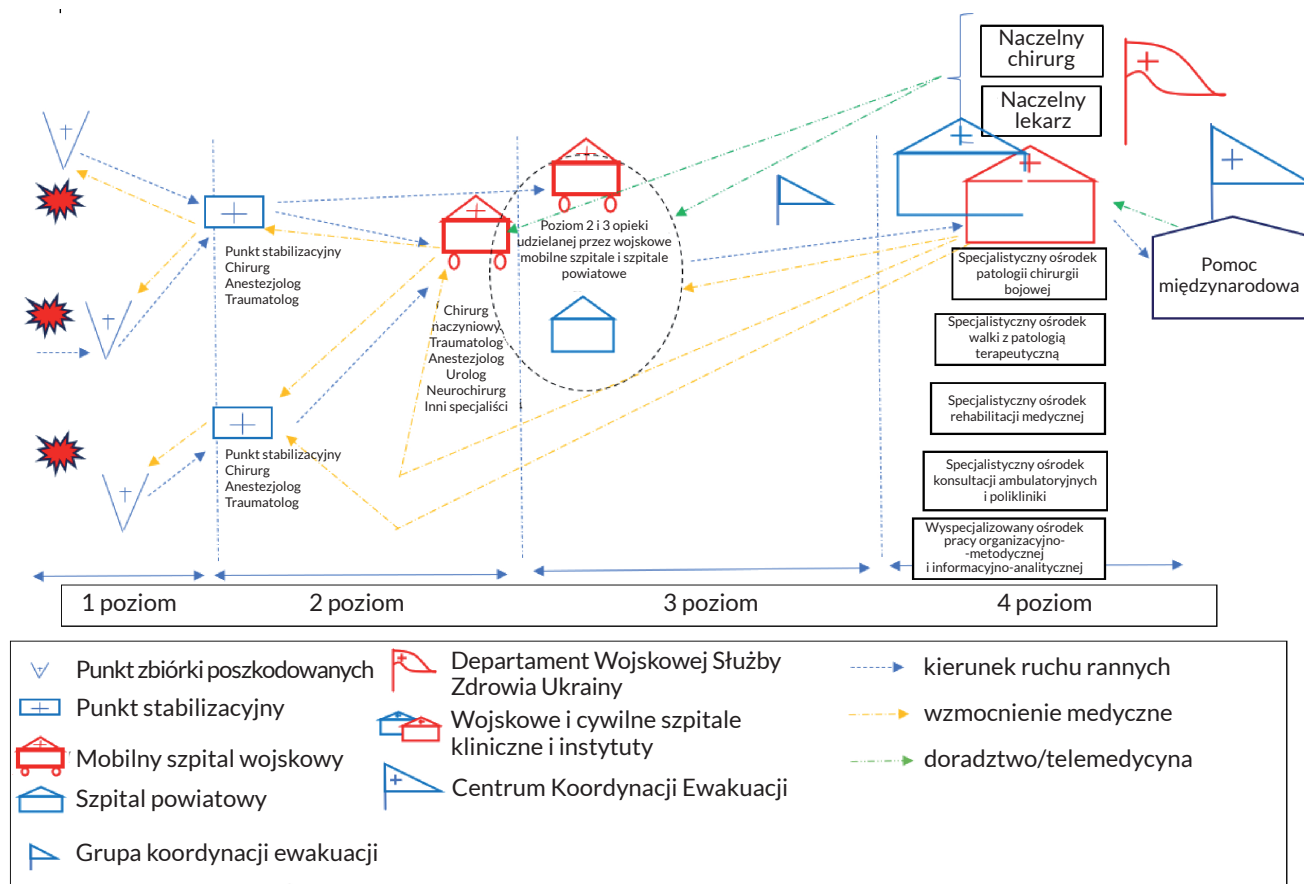
W trzecim i czwartym okresie działania militarne charakteryzowały się niską intensywnością. Czas ten dowództwo wojskowej służby zdrowia wykorzystało na dokonanie koniecznych uzupełnień kadrowych i materiałowych, dążono także do zmniejszenia niedoborów w zakresie opancerzonego transportu medycznego oraz prowadzono ciągły monitoring sprawności udoskonalanego systemu leczniczo-ewakuacyjnego. Położono szczególny nacisk na realizację procedur obowiązujących na określonych etapach ewakuacji medycznej, jednocześnie dopuszczając pominięcie niektórych etapów w przypadku obrażeń szczególnie zagrażających życiu. Biorąc pod uwagę specyfikę i charakter działań bojowych w tym okresie, siły i środki kompanii medycznych brygad zostały mechanicznie rozdzielone pomiędzy poszczególne bataliony bojowe.

Elementy kompanii nie były w stanie pełnić swoich funkcji jako integralna jednostka medyczna ani organizować udzielania pierwszej pomocy i kwalifikowanej opieki medycznej w nagłych wypadkach. Zadania drugiego poziomu opieki medycznej miały wykonywać placówki cywilne. W wydzielonych szpitalach zwiększono liczbę łóżek i rozbudowano możliwości w zakresie udzielania pomocy psychologicznej, psychiatrycznej oraz rehabilitacyjnej (ryc. 2) [5].

Duży nacisk położono na dostosowanie przepisów prawnych ułatwiających proces zabezpieczenia medycznego działań bojowych. Doskonalono również doktrynę zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Ukrainy.

Po wybuchu pełnoskalowego konfliktu w 2022 roku ujawniło się pełne spektrum brutalnych zachowań agresora, objawiających się atakami na obiekty cywilne, deportacją dzieci, zmasowanym użyciem broni rakietowej na terenie całej Ukrainy oraz wykorzystywaniem broni zakazanej konwencjami, w tym bomb fosforowych i min wszelkiego typu. Systematycznie atakowane były cywilne i wojskowe placówki medyczne, transporty rannych i sami ratownicy [7, 8].

Należy zauważyć, że w trakcie działań wojennych we wschodniej Ukrainie zaangażowane są części związków taktycznych, brygad, w formie wydzielonych kompanijnych i batalionowych grup bojowych. Taka grupa bojowa, najczęściej dwubatalionowa, zabezpieczana jest przez jeden dedykowany punkt stabilizacyjny. Punkt stabilizacyjny jest elementem wydzielonej kompanii medycznej, wzmocnionej dodatkowym personelem, w tym lekarzami. Zakres udzielanej w nim pomocy medycznej odpowiada pierwszemu poziomowi zabezpieczenia medycznego, z możliwością rozszerzenia o niektóre procedury kwalifikowanej opieki medycznej. Punkt ten rozwinięty jest w odległości około 20 do 30 km od linii walk w oparciu o zabudowę stałą w zastanej infrastrukturze. Do manewru i zmiany położenia punktów stabilizacyjnych dochodzi rzadko, następuje to około raz na miesiąc i w tym czasie punkt jest w stanie przyjąć, w zależności od stanu ukończenia, do 30 pacjentów w stanie ciężkim, którzy po stabilizacji parametrów życiowych są przewożeni do szpitali. Każdy szpital ma pod sobą do sześciu punktów, czyli odpowiada za sześć brygad. Zespoły ewakuacji są odpowiednio przydzielone do punktów oraz do szpitali.



Rycina 2. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne Sił Zbrojnych Ukrainy po restrukturyzacji systemu zabezpieczenia medycznego [5]

li, ewakuacja następuje metodą „na siebie”. Do transportu rannych z punktu zbiórki poszkodowanych do punktu stabilizacyjnego wykorzystywane są zazwyczaj pojazdy terenowe typu pickup (rzadziej pojazdy opancerzone, ze względu na ich ograniczoną dostępność). Natomiast pomiędzy punktem stabilizacyjnym a szpitalem używa się karettek wielo- lub jednonoszowych oraz autobusów. Słaba manewrowość punktów stabilizacyjnych do tej pory nie skutkuje nadmiernymi zniszczeniami ich przez agresora. Może to być spowodowane niskim wartościowaniem ich w ugrupowaniu bojowym Sił Zbrojnych Ukrainy zgodnie z doktryną rosyjską.

Według pułkownika rezerwy Wiktora Kevlyuka, szefa wydziału organizacyjno-mobilizacyjnego dowództwa OK Zahid (2014–2018), szefa centrum współpracy cywilno-wojskowej Połączonego Dowództwa Operacyjnego Sił Zbrojnych Ukrainy (2018–2020), eksperta Centrum Strategii Obronnych, autora artykułu „Co należy zmienić w Siłach Zbrojnych, aby zmniejszyć liczbę ofiar na polu walki”, ukraińska medycyna wojskowa od 2014 roku systematycznie się rozwija i udoskonala. Dzięki współpracy z instytucjami natowskimi stanowi element Sił Zbrojnych Ukrainy, który posiada wyraźną przewagę nad medycyną wojskową Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej. Udoskonalony system leczniczo-ewakuacyjny spowodował, że odnotowano wysoki odsetek rannych powracających w szeregi walczących wojsk oraz stosunkowo krótki czas leczenia rannych w stopniu średnim i lekkim.

Korzystając z własnych obserwacji i doświadczeń, płk Kevlyuk sformułował wnioski i oczekiwania dotyczące niezbędnych kierunków działania dowództwa medycznego Sił Zbrojnych Ukrainy, aby system zabezpieczenia funkcjonował jeszcze sprawniej. Uważa on, że:

- jednostka taktyczna musi być w 100% wyposażona w gąsienicowe opancerzone pojazdy ewakuacyjne;
- z uwagi na lekceważenie przez wroga praw i zwyczajów wojennych w ogóle, a w szczególności jego pogardę dla symbolu Czerwonego Krzyża, należy utrzymywać zapasy takiego sprzętu umożliwiające szybką wymianę uszkodzonych pojazdów;
- punkt stabilizacyjny powinien stać się jednostką etatową (o ile jeszcze tak się nie stało), wyposażoną w przeszkolony personel i niezbędny sprzęt;
- należy usunąć wszelkie istniejące ograniczenia legislacyjne i inne bariery prawne utrudniające pracę bojowych medyków taktycznych; nic nie powinno utrudniać ratowania rannych;
- należy ponownie utworzyć rezerwy medyczne (bataliony rezerwe); wszyscy ranni lub chorzy, którzy mają długi okres rekonwalescencji, powinni zostać tam zapisani, mieć zapewnione stanowisko i otrzymywać pełne świadczenia, tak jak przed odniesieniem urazu lub zachorowaniem;
- zakupy mienia i sprzętu medycznego powinny odbywać się pod kontrolą publiczną, w drodze przetargów nieograniczonych; niezgodność jakościowa zakupionego sprzętu podczas odbioru powinna być traktowana jako akt sabotażu – zarówno dostawca, jak i kupujący powinni zostać pociągnięci do odpowiedzialności;
- należy w sposób ciągły szkolić personel w zakresie samopomocy i wzajemnej pomocy;

- helikoptery medyczne powinny stać się powszechnym środkiem transportu medycznego, jak karetka pogotowia;
- dla każdego szpitala mobilnego powinna być przydzielona eskadra lotnictwa medycznego, wchodząca w skład brygady lotnictwa wojskowego;
- należy dążyć do mechanizacji procesu ewakuacji rannych z pola walki poprzez zastosowanie zmechanizowanych, zrobotyzowanych i samobieżnych noszy;
- należy zakończyć prace nad utworzeniem jednolitej bazy danych informacji medycznej o personelu wojskowym oraz jednolitej bazy danych DNA personelu Sił Obronnych [9].

Wnioski

Opisane dynamiczne zmiany w systemie leczniczo-ewakuacyjnym Sił Zbrojnych Ukrainy powinny stanowić podstawę do szczegółowej analizy funkcjonowania wojskowej i cywilnej służby zdrowia w ramach jednolitej przestrzeni medycznej zabezpieczenia potencjalnej operacji obronnej na terytorium Polski.

Piśmiennictwo

1. Sienkiewicz B. Czego Zachód nie rozumie. Kultura Liberalna [online], 2022 Feb 22. <https://kulturaliberalna.pl/2022/02/22/sienkiewicz-czego-zachod-nie-rozumie-czyli-doktryna-gierasimowa/> [access: 10.05.2024]
2. Wikipedia. Doktryna Gierasimowa. [online]. https://pl.wikipedia.org/wiki/Doktryna_Gierasimowa [access: 04.05.2024]
3. Madej A, Ślęzak P. Doktryna wojenna Federacji Rosyjskiej. Bezpieczeństwo Narodowe, 2015; 35: 177–206. https://www.bbn.gov.pl/ftp/dok/03/35_KBN_DOKTRYNA_ROSJI.pdf [access: 06.05.2024]
4. Interia. Wojna w Donbasie 2014 [online]. <https://wydarzenia.interia.pl/tematyka-wojna-w-donbasie-2014.gsbi,55> [access: 04.05.2025]
5. Сили територіальної оборони Збройних Сил України. Медичне забезпечення антитерористичної операції та операції об'єднаних сил. [PDF online]. Київ: Національна наукова медична бібліотека України; 2021. <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2024/01/МЕДИЧНЕ-ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ-АТО.pdf> [access: 06.05.2024]
6. Порядок організації медичного забезпечення оборонного бою механізованого батальйону. Вінниця. Міністерство Охорони Здоров'я України, 2022: 30. [online]. <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/07/навчальний-посібник-МЗ-в-обороні.pdf> [access: 04.05.2024]
7. Wikipedia. Inwazja Rosji na Ukrainę. [online]. https://pl.wikipedia.org/wiki/Inwazja_Rosji_na_Ukrain%C4%99 [access: 07.04.2024]
8. Rzeczpospolita. Pomagają żołnierzom i cywilom. Dlaczego Rosjanie polują na ratowników pola walki. [online]. <https://www.rp.pl/konflikty-zbrojne/art40320501-pomagaja-zolnierzom-i-cywilom-dlaczego-rosjanie-poluja-na-ratownikow-pola-walki> [access: 04.05.2024]
9. TEXT.ORG.UA. Що треба змінити ЗСУ, щоб зменшити кількість людських втрат на полі бою. [online] <https://texty.org.ua/articles/111507/sho-treba-zminyty-zsu-aby-zmenshyty-kilkist-lyudskyh-vtrat-na-poli-boyu/> [access: 06.05.2024]