

System zabezpieczenia medycznego wojsk – studium wybranych problemów.



Komentarza udziela płk rez. lek. wet. Marcin BUSZKO, 2018.
Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints.



Ofiary są rzeczywistością działań zbrojnych. Jest to często powtarzana fraza w doktrynalnych dokumentach planowania operacyjnego. Dokumenty te również stanowią, iż chęć unikania ofiar prowadzi do sytuacji, gdzie niemożliwa staje się realizacja celu głównego operacji. Minimalizacja ofiar przy pełnej realizacji zadań i celów operacji zależy nie tylko od efektywnego i skutecznego planowania i realizacji działań bojowych (czego gwarantem są świetnie wykształceni i doświadczeni dowódcy, co z definicji wyklucza z ich szeregu tych kształconych i szkolonych w systemie zaocznym, weekendowym czy korespondencyjnym), lecz również od sprawnego i skutecznego systemu zabezpieczenia medycznego. Dzięki niemu ograniczamy liczbę ofiar, w tym definiowanych jako zgony możliwe do uniknięcia, a poprzez działania nacelowane na ratowanie wzroku i kończyn, fizycznego i psychicznego inwalidztwa dramatycznie zmieniającego komfort życia żołnierzy.

Wspólną cechą organizacyjną systemu zabezpieczenia medycznego funkcjonującego w czasie „P” i czasie „W” jest liniowy charakter organizacji leczniczo – ewakuacyjnej. Poszkodowanym udzielana jest pomoc od miejsca zdarzenia, poprzez kolejne placówki medyczne ze wzrastającym poziomem referencyjności. Tym samym zasada ta w sposób naturalny wymusza założenia organizacyjne systemu zabezpieczenia medycznego wojsk. Kolejną cechą sprawnego systemu zabezpieczenia medycznego jest to, aby jego struktura organizacyjna w czasie „P” była jak najbardziej zbliżona do tego, jak będzie realizował swoje zadania w czasie „W”. Tym samym proces mobilizacyjnego rozwinięcia jednostek i pododdziałów medycznych będzie przebiegał sprawnie i w ściśle określonych reżimach czasowych, zdefiniowanych w kategoriach gotowości bojowych poszczególnych jednostek. System zabezpieczenia medycznego stanowi złożony, wzajemnie się uzupełniający, konglomerat wielu obszarów i funkcji medycznych. Stąd też jego ukonstytuowanie musi przebiegać w sposób zrównoważony i uwzględniać bez wyjątku wszystkie jego elementy bez wyróżniania i promowania tylko niektórych.

System zabezpieczenia medycznego jest systemem regulowanym, co wynika z wymogu przestrzegania prawa międzynarodowego, krajowego, umów i zobowiązań sojuszniczych jak również zapisów doktryn. Niejednokrotnie generuje to znaczące ograniczenia, szczególnie w działaniach operacyjnych i reagowaniu kryzysowym, co



z kolei musi być kompensowane zwiększonym wysiłkiem organizacyjnym, jak również ilością zaangażowanych zasobów ludzkich i materiałowych.

Budowanie struktur organizacyjnych i relacji funkcjonalnych w obrębie polowej wojskowej służby zdrowia, jak również algorytmów jej działania w uwarunkowaniach operacyjnych powinno w sposób maksymalny opierać się i uwzględniać zasady, standardy i wytyczne gremiów medycznych NATO, co będzie gwarantować medyczną interoperacyjność w trakcie realizacji zadań bojowych w operacjach sojuszniczych.

Wojskowy system zabezpieczenia medycznego, z uwagi na uwarunkowania w jakich będzie funkcjonować (pole walki) nastawiony jest głównie na pacjenta urazowego. Temu też podporządkowany jest system kształcenia i szkolenia zarówno indywidualnego, stanowiskowego jak również zespołowego. Proces ten jest zapisany w planach szkolenia pododdziałów medycznych w cyklu trzyletnim, a jego efekty są oceniane w procesie certyfikacji. Znaczącym ograniczeniem tych rozwiązań jest fakt, iż na co dzień personel medyczny jednostek wojskowych, ratownicy medyczni, pielęgniarki oraz lekarze nie mają częstego kontaktu z pacjentem urazowym, a tym samym nie mogą praktycznie podtrzymywać i doskonalić swoich zawodowych umiejętności. Część tego personelu, poza godzinami służbowymi, praktykuje w cywilnych placówkach medycznych, co nie jest rozwiązaniem systemowym i uzależnionym od zgody przełożonego. Nie ma więc ukonstytuowanego, zintegrowanego systemu współpracy wojskowego systemu zabezpieczenia medycznego i cywilnego systemu opieki zdrowotnej, a tym samym wspólnej platformy zapewniającej transfer najlepszych praktyk, wniosków i doświadczeń, szczególnie w zakresie opieki przedszpitalnej, gdzie wojskowa służba zdrowia w trakcie operacji bojowych zdobyła znaczące doświadczenie.

Doskonalenie kwalifikacji zawodowych w zakresie medycyny ratunkowej i postępowania z pacjentem urazowym nie zdobywa się w ramach, nawet częstych i regularnych ćwiczeń na fantomach i trenażerach, ale codziennym kontakcie z pacjentem. Tym samym należy szukać rozwiązań aby wojskowy personel medyczny mógł na co dzień uczestniczyć w pracy medycznych zespołów i oddziałów ratunkowych, zarówno szpitali wojskowych jak i cywilnych. Efektem oczekiwanym tego rozwiązania oprócz podtrzymywania i doskonalenia umiejętności zawodowych, jest również zgrywanie się zespołów medycznych, co będzie szczególnie istotne dla właściwego działania w sytuacjach reagowania kryzysowego. Jeśli będzie inaczej, to wojskowy personel medyczny skierowany do zabezpieczenia działań operacyjnych będzie musiał,



już w trakcie misji, odtwarzać swoje umiejętności i nabywać doświadczenia, a cenę za to zapłacą swoim zdrowiem i życiem pierwsze ofiary konfliktu.

Współpraca wojskowego i cywilnego personelu medycznego powinna znaleźć twórcze rozwinięcie w organizacji wojskowego systemu ewakuacyjno– leczniczego w ramach reagowania kryzysowego i wojny. W uwarunkowaniach operacji obronnej na terenie kraju nie wydaje się zasadnym mobilizowanie licznych ciężkich jednostek medycznych w formule szpitali polowych (placówki medyczne poziomu 3), placówek transportowalnych, niemniej mało mobilnych, wymagających aktualnie kosztownej, całkowitej modernizacji technicznej, których rozwijanie odbywa się poprzez mobilizowanie liczego cywilnego personelu medycznego i technicznego, co w sposób oczywisty będzie ograniczać funkcjonowanie cywilnych podmiotów leczniczych.

Korzystniejszym i bardziej ekonomicznym jak również funkcjonalnym rozwiązaniem jest naceLOWANE przygotowanie infrastrukturalne, organizacyjne i personalne cywilnych placówek medycznych, wzmacnianych sprzętem i medycznym personelem wojskowym do udzielania pomocy medycznej poszkodowanym w działaniach zbrojnych. Temu rozwiązaniu sprzyjają istniejące rozwiązania prawne w zakresie Pozamilitarnych Przygotowań Obronnych oraz nakładania zadań przez organy tworzące podmioty lecznicze. Warunkiem powodzenia tego rozwiązania jest posiadania efektywnego systemu ewakuacji i transportu medycznego zarówno kołowego jak i powietrznego, pomiędzy placówkami medycznymi poziomu 2 a szpitalami cywilnymi, tak móc w pełni zrealizować zasadę – właściwy pacjent, we właściwym miejscu, we właściwym czasie.

Potencjalne korzyści budowania spójnego, współdziałającego cywilno – wojskowego systemu zabezpieczenia medycznego są jasne: pierwsze ofiary następnej wojny mają otrzymać efektywniejszą pomoc medyczną niż ofiary ostatniej wojny.

Uwarunkowania oddziaływujące na budowanie zdolności w zakresie zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk w działaniach operacyjnych.

Decydenci odpowiedzialni za organizację i funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk muszą uwzględniać pojawiające się nowe wyzwania oraz ogniskować swoją uwagę na zmianach uwarunkowań regionalnych oraz globalnych i w sposób umiejętny na nie reagować.

- a. Zmiany w doktrynie i wojsku



Głównym celem Wspólnej Polityki Obrony i Bezpieczeństwa UE oraz wspólnej polityki obronnej NATO jest zapobieganie konfliktom i umacnianie już istniejących systemów bezpieczeństwa międzynarodowego. Ograniczenia budżetowe dokonane w ostatnich latach w wielu krajach jak również przekonanie o braku istotnych globalnych zagrożeń bezpieczeństwa spowodowały, że zarówno siły policyjne, rządowe organizacje pomocowe, techniczne służby ratownicze, jak również formacje wojskowe zostały znacząco zredukowane. Równocześnie położono silny nacisk na szkolenie indywidualne, w takim zakresie aby wyszkolić specjalistów. Miało to jednak swoje konsekwencje, gdyż w przypadku straty niewielkiej ilości ludzi, ich niezdolności do służby lub uczestnictwo równoczesne w wielu operacjach spowodowało, że możliwości realizacji zadań uległy znaczącemu ograniczeniu.

Kraje członkowskie UE i NATO napotykają duże i ciągle narastające problemy w pozyskaniu i utrzymaniu w służbie specjalistycznego personelu medycznego, a równocześnie pozyskanie nowoczesnego wyposażenia medycznego stało się trudniejsze z uwagi na ograniczenia budżetowe. Nawet w przypadku zwiększenia ilości środków finansowych przeznaczonych na modernizację techniczną sił zbrojnych, ich wydatkowanie zostało ukierunkowane na inne priorytetowe dziedziny/systemy walki. Spowodowało to, że braki w obszarze medycznym stały się istotnym ograniczeniem możliwości operacyjnych, a tym samym swobody działania sił zbrojnych. Sytuacja ta w dużej mierze dotyczy Sił Zbrojnych RP.

Poszukując doraźnych i długofalowych rozwiązań minimalizujących te ograniczenia, gremia medyczne NATO promują tworzenie międzynarodowego systemu zabezpieczenia medycznego (np. MMU – multinatinal medical units, Pooling and Sharing), co w sposób racjonalny ekonomizuje zabezpieczenie medyczne wojsk i umożliwia realizację zadań. Nie jest to jednak rozwiązanie doskonałe i posiada wiele ograniczeń. Najbardziej aktualnym przykładem problemów i ograniczeń w zapewnieniu zabezpieczenia medycznego operacji jest misja w Kosowie, gdzie żaden z krajów uczestniczących w misji nie był w stanie zadeklarować wydzielenia polowej placówki medycznej poziomu 2 (zabiegowego), co w konsekwencji doprowadziło do pierwszego w historii działań Sojuszu zakontraktowania świadczeń medycznych w ramach outsourcingu.



b. Zmiany społeczne

Oczekiwania społeczne dotyczące jakości zabezpieczenia medycznego w trakcie działań bojowych ciągle rosną i wymagają od sił zbrojnych najwyższych standardów. Opinia publiczna i poszczególne rządy są szczególnie uwrażliwione na doniesienia mediów, które szczegółowo informują o zabezpieczeniu medycznym i ochronie zdrowia personelu wojskowego, jak również starają się dokładnie wyjaśnić każdy przypadek utraty życia nie tylko w działaniach operacyjnych. O ile społeczna akceptacja udziału w misjach, operacjach czy działaniach zbrojnych sama w sobie jest znaczącym i trudnym do osiągnięcia wyzwaniem, to z pewnością opinia publiczna nie zaakceptuje możliwego do uniknięcia ryzyka czy faktu wysłania nieprzygotowanego pod względem medycznym personelu wojskowego do realizacji zadań. Stąd też, ochrona zdrowia oraz organizacja zabezpieczenia medycznego muszą reprezentować najwyższy standard przed, w trakcie i po zakończeniu operacji/misji. Ponadto, dowódcy ponoszą osobistą odpowiedzialność za ochronę oraz bezpieczeństwo medyczne swoich żołnierzy i z tego wynika odpowiedzialność prawna jaka jest przypisana bezpośrednio dowódcy lub kierującemu misją. Należy nadmienić, iż wszystkie kraje członkowskie sojuszu dążą do osiągnięcia najwyższych standardów medycznych w każdej misji, a efektywny i wiarygodny system zabezpieczenia medycznego musi być zorganizowany tak, aby budować morale wojsk i pozyskać zaufanie szerokiej opinii publicznej, przywódców politycznych oraz, co również nie jest bez znaczenia, zminimalizować możliwe koszty leczenia i rehabilitacji poszkodowanych. Na budowanie zdolności w zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk oddziałują, co szczególnie bardzo wyraźnie obserwujemy w Polsce, zmiany demograficzne, które mogą skutkować ograniczeniami w pozyskiwaniu personelu medycznego do służby. Od szeregu lat obserwowana jest narastająca luka pokoleniowa wśród personelu medycznego. Ponad 65 % pielęgniarek i 60 % lekarzy (mężczyźni 67%, kobiety 60%) stanowią osoby w wieku powyżej 45 roku życia. Według szacunków Izby Lekarskiej za granicą pracuje ok. 30 tys. polskich lekarzy, a co roku około 25 proc. absolwentów medycyny wyjeżdża z kraju. W niektórych specjalnościach medycznych luka pokoleniowa jest tak duża, że istnieje coraz bardziej realne ryzyko braku ciągłości udzielania świadczeń, a część szpitali



ma już tak duże trudności z pozyskaniem lekarzy specjalistów, że zmuszone są zaprzestać wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych z powodu braku wykwalifikowanej kadry.

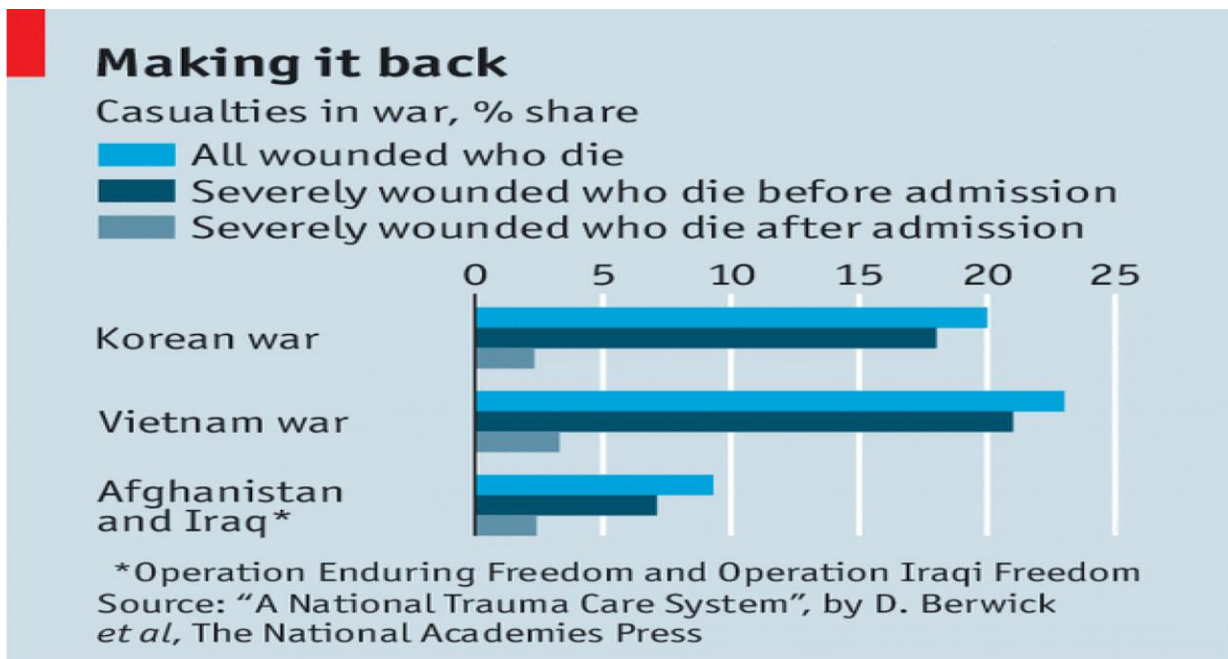
Niepokojący jest fakt, że funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia jest możliwe jedynie dzięki ponadnormatywnemu czasowi pracy personelu medycznego. Ostatnie protesty lekarzy rezydentów jednoznacznie to wykazały. Mogłoby się wydawać, że niekorzystne zmiany demograficzne w cywilnej służbie zdrowia nie odnoszą się bezpośrednio do zadań realizowanych przez wojskową służbę zdrowia. Należy jednak pamiętać, że większość jednostek i pododdziałów medycznych o charakterze zabiegowym to jednostki nowoformowane, działające w czasie wojny, a zasila je cywilny personel medyczny głównie ze szpitali stacjonarnych z nadanymi przydziałami mobilizacyjnymi. Szpitale stacjonarne stanowią ostatni, 4 poziom zabezpieczenia medycznego w łańcuchu ewakuacyjno – leczniczym wojskowej służby zdrowia. Zaburzenia w funkcjonowaniu tych szpitali wynikające z braku lekarzy specjalistów negatywnie odbije się na ostatecznym leczeniu, możliwościach zabiegowych, rehabilitacji i rekonwalescencji poszkodowanych w trakcie działań zbrojnych żołnierzy. Należy również pamiętać, że zgodnie z podjętymi przez Polskę zobowiązaniami, sojusznicze siły wsparcia będą wspierane medycznie nie tylko przez wojskową służbę zdrowia, ale również cywilne podmioty lecznicze, w tym szpitale, zlokalizowane na obszarze poszczególnych Obwodów Profilaktyczno – Leczniczych. Problemy z kadrą medyczną w szpitalach stacjonarnych będą miały również konsekwencje w realizacji tego zobowiązania.

Problemy z kadrą medyczną mogą zostać spotęgowane przez ostatnio ogłoszony przez kierownictwo Wojsk Obrony Terytorialnej zamiar utworzenia dodatkowych etatów w ramach tej formacji dla ratowników medycznych i pielęgniarek. Konsekwencją tej decyzji w czasie wojny będzie wydrenowanie przeszło 4 tysięcy specjalistów medycznych ze szpitali cywilnych, stanowiących 3 i 4 poziom zabezpieczenia medycznego wojsk operacyjnych. Będzie to miało swoje negatywne konsekwencje w funkcjonowaniu tych placówek medycznych, a tym samym ratowaniu zdrowia i życia poszkodowanych żołnierzy. Trudno określić ten zamiar inaczej niż przykład nieracjonalnej, rabunkowej polityki kadrowej.



c. Zmiany w medycynie

Medycyna stała się dziedziną wysoce specjalistyczną, a szczególnie dotyczy to medycyny wojskowej. Z uwagi na uwarunkowania i doświadczenia wcześniej realizowanych misji, medycyna wojskowa musiała wprowadzić szereg nowych lub zmodyfikowanych procedur, wskaźników czasowych w udzielaniu pomocy medycznej czy też algorytmów działania. Żołnierz nie ma przywileju wybierania miejsca, w którym zostanie ranny. Środowisko pola walki jest środowiskiem, które kontrolujemy i zarządzamy w ograniczonym zakresie. Im dalej od rejonu walk, styczności z przeciwnikiem tym bardziej środowisko to kontrolujemy, a przez to w sposób efektywny możemy zorganizować system zabezpieczenia medycznego. Stąd też od kilkudziesięciu lat doskonalony jest system zabezpieczenia medycznego, którego cechą charakterystyczną jest eszelonizacja, etapowość łańcucha ewakuacyjno – leczniczego. System ten jak również opracowane na potrzeby wojska indywidualne i zespołowe wyposażenie medyczne, przyczyniły się do minimalizacji ofiar we współczesnych konfliktach zbrojnych.



Dodatkowo, medycyna wojskowa znacząco wykracza poza tradycyjne obszary kliniczne i zawiera w sobie również takie dyscypliny jak medycyna prewencyjna, ratunkowa, wywiad medyczny, rozpoznanie i skryning



epidemiologiczny, telemedycynę, medycynę pracy czy zdrowie środowiskowe. Co warto podkreślić, wiele z doświadczeń medycyny wojskowej, a w szczególności ratunkowej, znalazło swoje twórcze rozwinięcie w obszarze cywilnym, w organizacji pomocy medycznej ofiarom zdarzeń masowych będących efektem zamachów terrorystycznych. Zasada ta działa również w drugą stronę. Nowe odkrycia w medycynie, postęp technologiczny i miniaturyzacja sprzętu medycznego znajdują praktyczne zastosowanie w polowej służbie zdrowia. Aktualnie wojskowi medycy nie muszą przemieszczać się z ciężkim sprzętem do monitorowania funkcji życiowych, gdyż już teraz funkcje te spełnia specjalny, zmminiaturyzowany sprzęt np. oparty na telefonie Samsung Galaxy S5 zestaw ATAK (Android Tactical Assault Kit). To wszystko dowodzi, że opracowywanie i wdrażanie nowych technologii może w znaczący sposób poprawić opiekę medyczną przy jednoczesnym ograniczeniu śladu logistycznego. Nadal jednak to pola bitew będą miejscem gdzie będą wypracowywane nowe standardy w zakresie medycyny ratunkowej i reparacyjnej. Należy również oczekiwać, iż rozwój technologiczny i nowe procedury postępowania ratunkowego przyczynią się do przeadresowania niektórych czynności ratunkowo – leczniczych, dotychczas zastrzeżonych dla personelu medycznego, na żołnierzy i personel niemedyczny. Może to budzić wątpliwości czy obawy ale jeszcze nie tak dawno obsługa i wykorzystanie np. defibrylatora było domeną lekarzy czy ratowników medycznych, a obecnie jest on powszechnie dostępny na stacjach metra, lotniskach czy hipermarketach. Postępując zgodnie z opisem na aparacie czy wykonując poszczególne czynności zgodnie z jego werbalnymi poleceniami, osoby nawet bez podstawowego przeszkolenia są w stanie uratować życie.

d. Ewolucja zagrożeń.

Dokument ACT (Allied Command Transformation) zatytułowany "Framework for Future Alliance Operations" wymienia potencjalne przyszłe wydarzenia, kryzysy lub konflikty, z którymi kraje członkowskie NATO mogą się zetknąć w ciągu najbliższych 15 lat. W projekcji zasygnalizowanych zagrożeń autorzy dokumentu zidentyfikowali kierunki zmian i dostosowania sił zbrojnych do nowych wyzwań. Wiele z nich dotyczy wojskowej służby zdrowia. Scenariusze takie jak zakrojone na szeroką skalę kryzysy zdrowotne



i pandemii, masowa migracja, użycie broni masowego rażenia, zamieszki w mega-miastach itp., są niezwykle wymagające z medycznego punktu widzenia i mogą powodować sytuacje, które szybko przerosną możliwości lokalnych dostawców usług medycznych i konieczności zaangażowania wojskowej służby zdrowia. Możliwe do realizacji operacje wojskowe będą/ mogą charakteryzować się wysokim tempem działań, koniecznością szybkiego przerzutu ludzi, sprzętu i infrastruktury polowej, dużym wskaźnikiem strat sanitarnych/ ofiar, wydłużonymi liniami komunikacyjnymi i zaopatrzenia, ograniczeniami w zakresie swobody przemieszczania się, nieliniowym charakterem działań zbrojnych, wymuszonym dużym stopniem samowystarczalności, brakiem lub ograniczonym wsparciem państwa gospodarza, działaniem w skrajnych warunkach klimatycznych lub w środowisku zdegradowanym. Podkreślany jest również fakt, że przyszłe działania wojskowe mogą być równocześnie realizowane w geograficznie rozproszonych operacjach, co będzie negatywnie oddziaływać na efektywność systemu zabezpieczenia medycznego.

Przygotowanie sił zbrojnych do realizacji zadań w projekcji nowych wyzwań i przewidywalne cechy tych operacji powinny być uwzględniane w budowaniu zdolności medycznych. Wojskowa służba zdrowia jest systemem walki. Nie tworzy ekskluzywnego systemu zabezpieczenia medycznego, ale działa tak jak wojska walczą, co przekłada się na ich organizację, szkolenie, stany etatowe, gotowość do podjęcia działań, wyposażenie, sprzęt, infrastrukturę, dedykowane środki ewakuacji medycznej zarówno kołowej jak i powietrznej, system logistyki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zaopatrzenia w krew.

Powyższe uwarunkowania stanowią znaczące wyzwanie dla wojskowej służby zdrowia. Aby w pełni móc je zrealizować wymaga to konsolidacji sił i wysiłków, jak również systematyczności i konsekwencji w realizacji celów. Działania te powinny być poprzedzone pogłębioną analizą, której wynik powinien znaleźć się w zapisach aktualnie nowelizowanej decyzji dotyczącej realizacji zadań wynikających ze Strategicznego Przeglądu Obronnego oraz zostać stosownie zredagowane w programie rozwoju Sił Zbrojnych. Będzie to proces trudny, jeśli uwzględnimy aktualny stan wojskowej służby zdrowia, z jej problemami kadrowymi, organizacyjnymi, podstawami prawnymi funkcjonowania, brakami w wyposażeniu, postępującą deterioracją sprzętu



i infrastruktury polowej, brakami środków ewakuacji medycznej zarówno kołowej jak i powietrznej. Nie bez znaczenia jest również kryzys przywództwa. Ostatnie decyzje decydentów doprowadziły do sytuacji, w której wojskowa służba zdrowia nie ma w swoich strukturach Szefa Służby Zdrowia Wojska Polskiego, co jest ewenementem w skali światowej. Szef Służby Zdrowia – Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia został skierowany do rezerwy kadrowej, a na stanowisko Dyrektora Departamentu został wyznaczony pracownik cywilny spoza resortu obrony narodowej. Z pewnością nie buduje to morale wojskowego personelu medycznego i nie zapewnia skuteczności przywództwa, w tak krytycznym momencie dla wojskowej służby zdrowia. Taka nieracjonalna polityka kadrowa powinna zostać jak najszybciej skorygowana.

Powyższe przybliżenie wybranych obszarów funkcjonowania wojskowej służby zdrowia nie stanowi pełnego jej obrazu, ale może stanowić wstęp do pogłębionej, obszarowej analizy.

AUTOR:
płk lek. wet. Marcin BUSZKO



| PUBLIKACJE

Publikacja w ramach projektu NEPTUNE fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.
Celem uzyskania licencji na cytowanie artykułu we fragmentach lub publikacji całości prosimy o kontakt:
publikacje@stratpoints.eu

www.stratpoints.eu