



Matematyka śmiertelności.

**Jak krytyczne niedobory systemu
zabezpieczenia medycznego wojsk
obrócą sukces taktyczny w klęskę humanitarną.
Anatomia strat bezpowrotnych.**

Publikacja dedykowana pamięci gen. broni rez. dr. Mirosława Różańskiego – Fundatora Fundacji Stratpoints – Eksperta, Mentora, Dowódcy i Obywatela, dla którego prawda o stanie obronności państwa była najwyższym nakazem służby. Odszedł na wieczną wartę w czasie pokoju, pozostawiając nam misję walki o system, który nigdy nie pozwoli umierać polskim żołnierzom z powodu zaniechań decydentów.

Panie Generale – kontynuujemy Twoje dzieło.

Opracował: Płk lek. wet. Marcin BUSZKO

Publikacja fundacji Stratpoints Warszawa, 2026

Zamiast Wstępu.

Problemy przedstawione w tym artykule nie stanowią pełnego obrazu dysfunkcji wojskowej służby zdrowia. Są jedynie wycinkiem znacznie szerszego problemu, obejmującego organizację, kadry, kształcenie, doktrynę, kompetencje, logistykę, system dowodzenia, przygotowanie mobilizacyjne, prawo oraz zdolność do działania w warunkach konfliktu zbrojnego. Ich opisanie nie wyczerpuje więc katalogu słabości systemu. Pokazuje natomiast kilka miejsc, w których różnica między deklarowaną a rzeczywistą zdolnością staje się szczególnie widoczna.

Jedno jest jednak trudne do zakwestionowania: w przedstawionych obszarach nie widać dziś zdolności, o której można byłoby z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że jest jednocześnie prawidłowo zorganizowana, obsadzona, wyszkolona, wyposażona i sprawdzona w warunkach odpowiadających wojnie. Problem nie sprowadza się więc do pojedynczego braku. Dotyczy sposobu, w jaki poszczególne elementy systemu mają tworzyć jedną, działającą zdolność.

Jeżeli niesprawne jest pojedyncze ogniwo, można je naprawić. Jeżeli słabości występują równocześnie w wielu podstawowych funkcjach, problem staje się systemowy. Wtedy nie wystarczy uzupełnić etatów, kupić sprzętu czy zmienić strukturę. Trzeba odbudować zdolność, która jest sprawdzona, odtwarzalna i możliwa do użycia w warunkach wojny.

Konsekwencje takiego stanu nie kończą się na tabelach etatowych, strukturach organizacyjnych czy kolejnych programach naprawczych. W czasie pokoju brak zdolności można jeszcze ukryć za procedurą, decyzją administracyjną albo zmianą struktury. W czasie wojny jego skutkiem może być ranny żołnierz, który nie otrzyma na czas właściwej pomocy.

Dlatego stawką nie jest wyłącznie osiągnięcie właściwej bojowej gotowości medycznej Sił Zbrojnych. Równie ważna jest przeżywalność rannych. Tego nie zbuduje sam rozkaz, nowa struktura ani zwiększenie liczby etatów. Potrzebne są ludzie, kompetencje, sprzęt, krew, procedury, dowodzenie i praktyczne doświadczenie — sprawdzone razem, przed dniem „W”.

Jeżeli dziś nie potrafimy wskazać obszaru wojskowej służby zdrowia, o którym można powiedzieć: „to działa i jesteśmy pewni, że zadziała w warunkach wojny”, to właśnie od tego pytania powinna rozpocząć się jej rzeczywista reforma.

Decydenci stworzyli własną definicję sukcesu. Błędy urojonej przyczynowości. Nie służbę lekarza wojskowego trzeba cenić ale dobrą jego służbę.

Od kilkunastu lat wojskowa służba zdrowia w Polsce funkcjonuje w stanie permanentnej reorganizacji, która nie przekłada się na zdolności operacyjne. Powstają nowe struktury i nowe dowództwa, wymieniani są dyrektorzy, ogłaszane są programy kształcenia i odtwarzania uczelni. Tymczasem pytanie, które jako jedyne ma znaczenie w dniu „W” — ilu chirurgów i anestezjologów jesteśmy w stanie wystawić w polowych placówkach medycznych związków taktycznych i jak szybko ranny trafi na stół operacyjny — pozostaje bez odpowiedzi. Nie dlatego, że odpowiedź jest tajna. Dlatego, że nikt jej systemowo nie egzekwuje.

Różnica między ochroną zdrowia wojsk a zabezpieczeniem medycznym w czasie pokoju wydaje się semantyczna. Na polu walki jest to różnica między życiem a śmiercią. Pierwsze oznacza opiekę nad zdrowym w zasadzie personelem w warunkach stacjonarnych. Drugie — zdolność do wykonania procedur ratujących życie u pacjenta urazowego, zatrzymania krwotoku, w ruchu, pod ostrzałem, przy zdegradowanej ewakuacji. Polski system rozwinął pierwsze i zaniedbał drugie. To nie jest teza publicystyczna, lecz wniosek z liczb. Swoistej matematyki śmierci.

W warunkach współczesnego konfliktu zbrojnego o wysokiej intensywności o przeżyciu rannych żołnierzy nie decydują polityczne deklaracje, wzniołe laudacje na piknikach ani liczba nowo tworzonych struktur dowódczych. Decyduje o tym bezwzględna, surowa statystyka strat. Prawda o realnych zdolnościach obronnych państwa jest zawsze zapisana w liczbach — w tabelach kadrowych, prognozach mobilizacyjnych i analizach etatowych. Niestety, z perspektywy dowódcy i organizatora zabezpieczenia medycznego wojsk, dzisiejsze dane prowadzą do jednego, tragicznego wniosku: budujemy system, który w godzinie próby pozwoli żołnierzom umierać.

Każdy plan operacyjny powinien więc zakładać realne zdolności medyczne, a nie tylko formalną obecność struktur. W przeciwnym razie część strat własnych może wynikać nie z charakteru działań, lecz z niedostatków systemu zabezpieczenia.

1. Chaos strukturalny zamiast budowy zdolności

Ostatnie lata to nieprzerwane majstrowanie przy strukturach. Departament Wojskowej Służby Zdrowia przeszedł w krótkim czasie kilka zmian kierownictwa, z których każda oznaczała zawieszenie lub odwrócenie wcześniejszych kierunków działania. Każdy nowy dyrektor zaczynał od diagnozy, każdy kończył przed etapem wdrożenia. W organizacji, w której cykl budowy kompetencji lekarza zabiegowego wynosi dwanaście lat, rotacja kierownictwa w rytmie kilkunastomiesięcznym jest równoznaczna z brakiem polityki kadrowej w ogóle.

Równolegle powołano Dowództwo Wojsk Medycznych z siedzibą w Krakowie — byt utworzony decyzją administracyjną, wyprzedzającą podstawę ustawową, bez precyzyjnie opisanych kompetencji i, co ważniejsze, bez jasno zdefiniowanych relacji funkcjonalnych z systemem dowodzenia i kierowania Siłami Zbrojnymi RP. Kolejne projekty legislacyjne z lat 2023–2025 podporządkowywały „komponent wojsk medycznych” raz ministrowi obrony narodowej, raz Szefowi Sztabu Generalnego, przy jednoczesnym braku definicji tego, czym ten

komponent w ogóle jest: czy tworzą go etatowe pododdziały medyczne związków taktycznych, baz lotniczych i komend portów, czy jest to odrębna struktura ponad nimi. W każdej z tych wersji szczegóły organizacyjne miały zostać określone w zarządzeniu ministra niepodlegającym ogłoszeniu — przy czym nie jest to informacja niejawna, lecz informacja wyłączona z obiegu publicznego decyzją redakcyjną.

Szczególnie wymowny jest fakt, że nadal nie zostało jednoznacznie i systemowo umocowane stanowisko Szefa Służby Zdrowia Wojska Polskiego — osoby odpowiadającej za całość wojskowego systemu zabezpieczenia medycznego, jego rozwój, standardy, przygotowanie do działań bojowych i koordynację poszczególnych elementów. Nie chodzi o samą nazwę stanowiska ani o tworzenie kolejnego szczebla hierarchii. Chodzi o jednoznaczne przypisanie odpowiedzialności. Jeżeli kompetencje dotyczące wojskowej służby zdrowia są rozproszone pomiędzy różne struktury organizacyjne, dowódcze, resortowe i wykonawcze, a żadna z nich nie ponosi całościowej odpowiedzialności za zbudowanie i utrzymanie wojskowej zdolności medycznej, powstaje dyspersja kompetencyjna. Poszczególne elementy mogą wykonywać swoje zadania, a mimo to nikt nie odpowiada w pełni za to, czy cały system działa jako jedna zdolność. Z takiego rozproszenia wynikają dalsze problemy: rozmycie odpowiedzialności, nakładanie się kompetencji, trudności w planowaniu kadr, niespójność doktryny, brak jednolitych standardów szkolenia i certyfikacji, problemy z przygotowaniem mobilizacyjnym oraz trudność w rozliczeniu rzeczywistej gotowości. Można mieć wiele instytucji zajmujących się medycyną wojskową i jednocześnie nie mieć jednego gospodarza odpowiedzialnego za wojskową zdolność medyczną jako całość. Bez takiego umocowania pozostaje luka w odpowiedzialności. A jeżeli odpowiedzialność jest rozproszona, rozliczenie rzeczywistej zdolności staje się równie trudne jak jej zbudowanie.

W planowaniu obronnym powinniśmy odwrócić prostą kolejność: najpierw zdolność, potem struktura. Zdolność to umiejętność przeciwczona, certyfikowana i możliwa do odtworzenia. Może być wykorzystana nawet w niedoskonałej organizacji. Sama organizacja — bez ludzi posiadających wymagane kompetencje — nie daje żadnej gwarancji działania.

Struktura nie jest zdolnością. Można stworzyć dowództwo, określić etaty, wyznaczyć odpowiedzialności i zbudować system raportowania. Żaden z tych elementów nie zastąpi lekarza, który potrafi wykonać damage control surgery, anestezjologa zdolnego prowadzić ciężko rannego pacjenta, zespołu potrafiącego przeprowadzić masową segregację rannych ani systemu, który zapewni krew, transport i dalsze leczenie. Zdolność powstaje dopiero wtedy, gdy kompetencje, wyszkolenie, dostępność, wyposażenie, procedury i dowodzenie tworzą całość możliwą do użycia w odpowiednim miejscu i czasie.

2. Działania pozorne: kształcimy lekarzy, nie budujemy kompetencji

Sztandarowym przykładem niemocy — lub niekompetencji — jest obszar kształcenia. Komunikat brzmi: zwiększamy liczbę kształconych lekarzy wojskowych, odtwarzamy uczelnię, rozbudowujemy bazę. Komunikat jest prawdziwy i zarazem nieistotny, ponieważ pomija pytanie o kompetencje, a szafuje liczbami.

Wojskowa służba zdrowia jest z definicji nastawiona na pacjenta urazowego. Tymczasem system dopuszcza całkowicie swobodny wybór ścieżki specjalizacyjnej przez oficera-lekarza,

którego kształcenie sfinansowało państwo. W efekcie finansujemy specjalizacje, których przy najbardziej twórczym podejściu nie da się powiązać z pracą w polu — alergologię, endokrynologię, dermatologię. Formalnie mamy kilkadziesiąt specjalności „istotnych dla wojska”. Operacyjnie liczą się cztery: chirurgia (z szeregiem specjalności), anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa oraz — w wymiarze utrzymania stanu osobowego — medycyna zapobiegawcza.

W tym miejscu narzuca się analogia, której z niezrozumiałych powodów nie wykorzystujemy. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2026r. poz. 141) definiuje w art. 3 pkt 3 „lekarza systemu” — i czyni to przez zamknięty katalog specjalności. Trzon stanowią anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna ratunkowa; ponadto ustawodawca dopuszcza — po odbyciu kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego — lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii oraz pediatrii. Państwo uznało zatem za oczywiste, że do pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie dopuszcza się dowolnego specjalisty, lecz wyłącznie takiego, którego kompetencje są komplementarne wobec charakteru zdarzenia — w przeważającej mierze zabiegowego i ratunkowego. Po stronie ratowników standard kompetencyjny domknęła ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tj. Dz. U. z 2025r. poz.339).

Postawmy więc pytanie wprost: dlaczego tego samego nie wymagamy od lekarzy wojskowych? Lekarz w polowej placówce medycznej działa w tej samej podstawowej kategorii zdarzeń — w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego — tyle że w warunkach nieporównanie trudniejszych: przy zdegradowanej ewakuacji, ograniczonej diagnostyce, deficycie krwi i sprzętu, pod ostrzałem i przy jednoczesnym napływie wielu poszkodowanych. Polowe placówki medyczne Role 1–3 można zatem funkcjonalnie porównywać do cywilnych centrów urazowych, choć oczywiście działają w innej skali, przy innych ograniczeniach i z inną organizacją. Charakter najcięższych obrażeń, które trafiają do kolejnych poziomów wojskowego systemu, jest bowiem zbliżony do tego, z czym mierzą się cywilne centra urazowe. Różnica polega przede wszystkim na warunkach i dostępności zaplecza. W cywilnym centrum urazowym można oprzeć leczenie na wielu równolegle dostępnych zespołach różnych specjalności. W systemie wojskowym, zwłaszcza wysuniętym, takiego założenia przyjąć nie można. Jeżeli więc w systemie cywilnym ustawodawca zawęży krąg specjalności dopuszczonych do pracy w systemie ratownictwa, tym bardziej zasadne jest określenie wymagań wobec lekarza przeznaczonego do zabezpieczenia działań bojowych.

Wniosek jest prosty i ma gotowy wzorzec legislacyjny: należy ustawowo zdefiniować „lekarza zabezpieczenia medycznego wojsk” — na wzór lekarza systemu — przez zamknięty katalog specjalności zabiegowych i ratunkowych, uzupełniony obowiązkowym, okresowo recertyfikowanym modułem urazowym pola walki. To nie jest dyskryminacja żadnej grupy zawodowej, lecz zarządzanie zdolnościami operacyjnymi. Skoro państwo potrafiło postawić taki wymóg w systemie cywilnym, tym bardziej ma prawo postawić go tam, gdzie samo finansuje całą ścieżkę kształcenia.

Skala luki lekarzy zabiegowych jest policzalna. Przy założeniu doktrynalnego standardu zabezpieczenia pięciu dywizji na poziomach Role 2 i Role 3 już na wstępie brakuje minimum około 105 chirurgów i 45 anestezjologów; po doliczeniu wymaganego Role 3 jednostek medycznych nowo formowanych Wojsk Lądowych oraz R2 pozostałych RSZ deficyt rośnie wielokrotnie. Jednocześnie ukompletowanie etatów lekarskich w Wojsku Polskim utrzymuje się od lat w okolicach 58 procent, chociaż nie wiadomo jak to jest liczone – w odniesieniu do etatu czasu P czy W, z uwzględnieniem czy bez jednostek medycznych nowo formowanych? Przy czym znacząca część obsadzonych etatów przypada na instytuty badawcze i szpitale stacjonarne — a więc na to, co uczciwiej byłoby nazwać mundurową, a nie wojskową służbą zdrowia.

Nie wypełni tej luki mit przydziałów mobilizacyjnych. W Polsce mamy około 9,5 tysiąca chirurgów ogólnych, o średniej wieku sięgającej 58 lat, z których ok 30 procent przekroczyło wiek emerytalny, a młodzi stanowią 10–15 procent grupy, kobiety 13%. Faktycznie pracuje tylko ok. 6500 specjalistów w tym 1200 kobiet. Ustawa o obronie Ojczyzny wyznacza granice wieku obowiązku służby w czasie wojny i gros kadry zabiegowej, na której opierają się plany obronne, nie przejdzie weryfikacji. Co gorsza, zabierając tych lekarzy szpitalom cywilnym, ograniczamy wydolność placówek, które w czasie wojny przejmą główny ciężar leczenia poszkodowanych.

Do tego dochodzi różnica jakościowa, o której mówi się znacznie rzadziej. Przygotowanie do chirurgii planowej nie jest tożsame z przygotowaniem do leczenia ciężkiego urazu wielonarządowego. W chirurgii elektywnej pacjent jest zdiagnozowany, można go przygotować, skonsultować i zaplanować zakres zabiegu. Jeżeli problem wymaga kompetencji innej specjalności, pacjent może zostać przekazany odpowiedniemu zespołowi. W urazie sytuacja jest odwrotna. Obrażenia mogą jednocześnie dotyczyć kilku narządów i układów, a decyzje trzeba podejmować zanim uzyska się pełny obraz kliniczny. W warunkach polowych jeden zespół musi opanować najgroźniejsze problemy w kolejności wynikającej z zagrożenia życia. W cywilnym centrum urazowym ten sam problem jest rozwiązywany dzięki obecności wielu zespołów zabiegowych i diagnostycznych różnych specjalności, które mogą działać równolegle. W polowej placówce nie można zakładać takiej dostępności. Dlatego wojskowy specjalista zabiegowy musi być bardziej wszechstronny niż specjalista pracujący w wysoko wyspecjalizowanym środowisku cywilnym. Nie po to, by zastępować wszystkich cywilnych specjalistów, ale dlatego, że w warunkach pola walki mniejsza liczba ludzi musi pokryć szerszy zakres najpilniejszych kompetencji.

- chirurgia elektywna (planowa): pacjent zdiagnozowany, czas na konsultację i optymalizację, stabilne środowisko, dążenie do pełnej naprawy anatomicznej, operacja może trwać wiele godzin;
- pacjent urazowy: brak wywiadu, niepełne dane, chaos informacyjny, równoległa resuscytacja, diagnostyka i zabieg, priorytet zatrzymania krwotoku, operacja świadomie „niedokończona” i etapowa, czas liczony w minutach.

Chirurg ukształtowany wyłącznie w trybie planowym nie funkcjonuje w modelu zespołu urazowego o wysokiej dynamice. Kompetencje manualne w chirurgii urazowej zanikają najszybciej — obowiązuje zasada *use it or lose it*. Z siedemnastu działających w Polsce centrów

urazowych tylko jedno jest placówką wojskową. To tam, a nie w salach wykładowych, powstaje realna zdolność. Czy wojskowa służba zdrowia ma tam swoich rezydentów?

Rozwiązania są znane i stosowane u sojuszników: w Holandii kompletne wojskowe zespoły urazowe — chirurdzy, anestezjolodzy, pielęgniarki operacyjne, radiolodzy, personel laboratoryjny — są na stałe wtopione w cywilne centra urazowe; Szwecja kieruje lekarzy na praktykę do rejonów o wysokiej częstotliwości urazów penetrujących; Wielka Brytania zlikwidowała odrębne szpitale wojskowe, tworząc w zamian wojskowe placówki wewnątrz NHS, z personelem pracującym na co dzień w mundurze obok cywilów.

3. Kogo kształcić, w czym i jak zatrzymać — trzy pytania bez odpowiedzi

Nawet trafnie dobrana specjalizacja zabiegowa nie zamyka problemu. Ranny na wojnie nie jest „przypadkiem chirurgicznym” w znaczeniu, w jakim funkcjonuje to pojęcie w leczeniu planowym. To często pacjent z obrażeniami mnogimi i wielonarządowymi — penetrującymi, odłamkowymi i wybuchowymi jednocześnie — z urazem czaszkowo-mózgowym, amputacją urazową, oparzeniem i wstrząsem krwotocznym. W jednym ciele może występować kilka problemów wymagających natychmiastowego działania. Jeden zespół, a nie kilka wyspecjalizowanych zespołów czekających na swoją kolej, musi rozpocząć resuscytację, kontrolę krwawienia, transfuzję i zabieg zgodnie z priorytetem zagrożenia życia. W cywilnym centrum urazowym ciężar ten rozkłada się na interdyscyplinarne zespoły wielu specjalności. W polowej placówce część tych kompetencji musi zostać skupiona w mniejszej liczbie osób. Stąd potrzeba wszechstronnych wojskowych specjalistów zabiegowych. Sama znajomość damage control surgery jest niezbędna, ale nie wyczerpuje tej kompetencji — DCS jest procedurą, a nie całym przygotowaniem do działania w warunkach wojny.

Racjonalnym rozwiązaniem byłoby zatem utworzenie odrębnej ścieżki — zintegrowanej chirurgii urazowej — dedykowanej potrzebom sił zbrojnych. Tworzenie nowej, pełnej specjalizacji jest jednak kosztowne i długie, dlatego realniejszym wariantem pozostaje ustanowienie jej jako umiejętności zawodowej dla specjalistów zabiegowych, tych co potrafią już operować: chirurgów ogólnych, ortopedów-traumatologów, torakochirurgów, chirurgów naczyniowych, neurochirurgów, a w części modułów także anestezjologów i specjalistów medycyny ratunkowej. Program powinien obejmować kontrolę krwotoku niepoddającego się uciskowi, DCS i DCR, torakotomię ratunkową, doraźne zaopatrzenie naczyniowe, urazy czaszkowo-mózgowe i oparzeniowe, segregację przy masowym napływie poszkodowanych oraz przedłużoną opiekę polową — z obowiązkową recertyfikacją i cyklicznym stażem w centrum urazowym. Istotą jest bowiem nie tytuł, lecz zdolność jednego operatora do działania ponad granicami klasycznych specjalności.

Drugie pytanie dotyczy trwałości inwestycji. Kształcenie lekarzy wojskowych pozostaje nieskuteczne, jeżeli po uzyskaniu specjalizacji oficer może zrezygnować ze służby — a właśnie moment uzyskania tytułu specjalisty jest punktem, w którym jego wartość rynkowa rośnie skokowo. Obowiązek zwrotu kosztów kształcenia jest w świetle różnicy zarobków w sektorze cywilnym iluzoryczny i nikogo przed odejściem nie powstrzymuje; kwota, która na papierze wygląda dotkliwie, bywa odrabiana w kilkanaście miesięcy. Represja nie jest tu narzędziem skutecznym. Skuteczne są trzy inne: długoterminowy kontrakt kompetencyjny z realnym

dotądkiem za utrzymywanie i recertyfikowanie kompetencji urazowej; możliwość stałej pracy operacyjnej w cywilnym centrum urazowym przy zachowaniu statusu żołnierza — bo lekarz zabiegowy odchodzi przede wszystkim tam, gdzie może operować; oraz urealnienie okresu służby obowiązkowej i formuły zwrotu tak, by obejmowała pełny koszt wytworzenia zdolności, a nie samo czesne.

Trzecie pytanie jest najbardziej niewygodne i dotyczy wejścia do systemu. Skoro lekarz wojskowy ma być przygotowany do pracy z pacjentem urazowym w warunkach bojowych, kwalifikacja na wojskowe studia lekarskie powinna uwzględniać predyspozycje do tej roli: odporność na stres i depryzację, zdolność podejmowania decyzji przy niepełnych danych, sprawność manualną, gotowość do służby w strukturach liniowych oraz predyspozycje do pracy w zespole. Nie oznacza to selekcji według kryteriów pozamedycznych ani przesądzania o całym przebiegu kariery przed rozpoczęciem studiów. Chodzi o to, by państwo, finansując wieloletnie kształcenie wojskowego lekarza, miało uzasadnione podstawy, by oczekiwać, że kandydat posiada predyspozycje do kompetencji, których system będzie od niego wymagał. Analogiczny mechanizm funkcjonuje w zawodach, w których błąd doboru ujawniony po kilku latach szkolenia jest zbyt kosztowny. Profilowanie kandydatów i wcześniejsze rozpoznanie predyspozycji mogą ograniczyć ryzyko, że po wielu latach kształcenia powstanie specjalista, którego kompetencje nie odpowiadają potrzebom zabezpieczenia działań bojowych.

4. Doktryna, której nie napisano, i prawo, którego nie zmieniono.

Obowiązująca doktryna zabezpieczenia medycznego pochodzi z realiów misji ekspedycyjnych i konfliktów asymetrycznych. Zakłada bezpieczne tyły, panowanie w powietrzu, ewakuację lotniczą i „złotą godzinę”. Wojna w Ukrainie unieważniła każde z tych założeń. Placówka medyczna nie jest schronieniem, lecz celem dla dronów i artylerii. Ewakuacja jest lądowa i spowolniona. Ranny zamiast sześćdziesięciu minut czeka dwanaście, dwadzieścia cztery, czasem czterdzieści osiem godzin — co wymusza przejście do przedłużonej opieki polowej (PCC).

Nowa doktryna medyczna — nazwijmy ją Medyczną Doktryną Operacyjną — musi to odzwierciedlać: rezygnację z jednego sztywnego wariantu rozwijania pododdziałów medycznych na rzecz elastycznych scenariuszy; rozproszenie i mobilność zamiast dużych szpitali kontenerowo-namietowych; ochronę balistyczną oraz maskowanie w spektrum termicznym, akustycznym i teleinformatycznym; wreszcie planowe wykorzystanie infrastruktury permanentnej — szpitali cywilnych na kierunkach operacyjnych, w których w ramach pozamilitarnych przygotowań obronnych można zdeponować sprzęt i zapasy zespołów zabiegowych (pre-positioned stock) i w których w czasie pokoju mogą utrzymywać kompetencje kompletne zespoły chirurgiczno-anestezjologiczne.

Równolegle obserwujemy stagnację obszaru, w którym nie zrobiono nic, choć ustawodawca otworzył drzwi już w 2017 roku: kompetencje wojskowych ratowników medycznych. Wojskowo-medyczne kursy kwalifikacyjne, które miały dać wojskowym ratownikom medycznym rozszerzone uprawnienia, przez lata nie zostały uruchomione w sposób efektywny. Jednocześnie do porządku prawnego próbuje wprowadzać się kolejne, niezgodnione ze sobą kategorie — „ratownik pola walki”, „ratownik taktyczny”, „ratownik

po szkoleniu KPP MON” — bez rozstrzygnięcia, czy są to stanowiska etatowe, czy specjalności, gdzie są ulokowane w szyku. Powstaje tłok kompetencyjny zamiast kaskady kompetencji.

Podobnie z transfuzjologią polową. Podanie krwi pełnej niskomianowanej grupy O (LTOWB) możliwie blisko miejsca urazu jest dziś jednym z trzech filarów przeżywalności — obok wczesnej interwencji i kontroli krwotoku niepoddającego się uciskowi. Dane z konfliktów w Iraku i Afganistanie pokazują, że wczesne podanie krwi zapobiegło blisko 24 procentom dodatkowych zgonów. W realiach wojny pełnoskalowej przerwanie łańcuchów logistycznych oznacza drastyczny brak dostępu do krwi. Jediną szansą na ratowanie żołnierzy przed wstrząsem krwotocznym jest wdrożenie standardu Walking Blood Bank (WBB) – awaryjnego pobierania świeżej krwi pełnej od wcześniej przebadanych dawców z puli walczącego pododdziału. Procedura ta, choć z powodzeniem realizowana przez polskich medyków w Libanie czy Afganistanie w warunkach wyższej konieczności, wciąż pozostaje w Polsce nielegalna i zagrożona penalizacją. Przenoszenie restrykcyjnych przepisów czasu pokoju na realia wojenne paraliżuje system ratownictwa i skazuje rannych na śmierć. Konieczna jest pilna nowelizacja Ustawy o publicznej służbie krwi oraz wprowadzenie wojskowych rejestrów uniwersalnych dawców (grupy O) już na etapie szkolenia pokojowego. Brak odwagi legislacyjnej decydentów w tym obszarze to bezpośrednie przyzwolenie na bezpowrotne straty ludzkie, których można było uniknąć. W polskich realiach kwestia to dotyczy również decyzji szkoleniowej: bez zmian ustawowych i wykonawczych wojskowy ratownik medyczny takiej procedury nie wykona. Nowej doktryny medycznej ani nowych ustawowych kompetencji personelu nie da się ustanowić rozkazem ani prezentacją. Wymagają one legislacji — i to jest zadanie, którego nie zrealizowano.

5. Walker Dip, czyli koszt braku rozliczalności

Gdy zagrożenie się oddala, system medycznego przygotowania bojowego cichnie: maleje liczba i jakość szkoleń, rozluźnia się dyscyplina wykonawcza, obniżają się wymagania, a w ślad za nimi finansowanie, infrastruktura i kontrola. To opisany w literaturze wojskowo-medycznej fenomen Walker Dip — cykliczna zapaść zdolności w okresie międzywojennym, po której konflikt zastaje system nieprzygotowany, a trudno wyuczone lekcje trzeba przyswajać od nowa. Konsekwencja jest policzona: w systemie nieprzygotowanym co czwarty ranny z obrażeniami możliwymi do przeżycia umrze z powodu wad systemu, a nie z powodu rany.

Nie mamy instrumentów, które by temu zapobiegały. Nie mamy odpowiednika Joint Trauma System — zintegrowanego systemu planowania, leczenia, zarządzania i poprawy wyników leczenia rannych. Nie mamy rejestru urazów (trauma registry), a więc nie potrafimy po fakcie ocenić prawidłowości postępowania a błędy systemowe pozostają niewidoczne — mimo wieloletniego udziału w misjach i mimo własnych strat sanitarnych. Nie mamy komórki analizującej dane i przekuwającej je w doktrynę czy protokoły lecznicze. A to oznacza, że nawet gdy system zawodzi, nie potrafimy tego udowodnić — i wszystko, a głównie przypadki śmierci możliwej do uniknięcia da się złożyć na tragizm wojny.

Ilustracją nie jest scenariusz wojenny, lecz zdarzenie czasu pokoju: opisywany publicznie przypadek żołnierza rannego na wschodniej granicy, gdzie udzielanie pomocy i transport trwały blisko półtorej godziny, a zaopatrzeniem ciężkiego urazu penetrującego zajął się zespół

uksztaltowany w realiach chirurgii planowej. Na własnym terytorium, w warunkach pełnego pokoju, system nie utrzymał elementarnego standardu czasowego. Pytania, które należy zadać, są proste i a odpowiedzi powinny być wyegzekwowane: kto sporządził plan zabezpieczenia medycznego zgrupowania, kto go zweryfikował, kto certyfikował gotowość i czy nie ma przesłanek wskazujących, że mieliśmy przypadek śmierci możliwej do uniknięcia. I czy ten kazus to nie była to cena bezkarnej niekompetencji. Jeżeli na te pytania nie odpowiada się w czasie pokoju, w czasie wojny nikt ich już nie zada.

6. Nowe kierownictwo — i warunki, bez których nic z tego nie wyjdzie.

Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia kieruje od niedawna osoba o profilu, jakiego ta instytucja nie miała od lat: z doświadczeniem praktycznym w funkcjonowaniu operacyjnym wojskowej służby zdrowia, z przebiegiem służby od poziomu wykonawczego, przez szpital polowy, po kształcenie personelu medycznego, z doświadczeniem misyjnym w strukturach bojowych i z dorobkiem w obszarze ratownictwa taktycznego oraz medycyny pola walki. To pierwszy od dawna przypadek, w którym kierownictwo obszaru nie jest obsadzone „okołowojskowo”, lecz przez osobę znającą pierwszą linię z autopsji. Problemy pierwszej linii wymagają rozwiązań pierwszej linii — i ludzi, którzy tam byli.

To jednak warunek konieczny, ale nie wystarczający. Doświadczenie bez narzędzi zamieni się w kolejny zestaw koncepcji i prezentacji. Aby przełożyło się na realizację, potrzebne są cztery rzeczy, za które odpowiada strona polityczna — kierownictwo resortu i parlament:

- Pełne, jawne wsparcie polityczne i stabilność kadencji. Reforma o cyklu dwunastoletnim nie przetrwa rotacji w rytmie kilkunastu miesięcy. Kierownictwu należy dać czas i mandat, a nie warunkowe przyzwolenie.
- Obowiązek rozpatrywania propozycji zmian. Każdy wniosek legislacyjny i organizacyjny musi być rozpatrzony w trybie i terminie, z pisemnym uzasadnieniem odmowy. Milczące odkładanie projektów jest dziś główną techniką blokowania zmian — i nie zostawia po sobie żadnego śladu odpowiedzialności.
- Prawo doboru współpracowników i wyznaczania na stanowiska. Bez wpływu na obsadę kluczowych stanowisk w podległych i współpracujących strukturach Dyrektor departamentu odpowiada za system, na który nie ma wpływu.
- Osadzenie reformy w porządku prawnym. Obszar funkcjonalny wojskowej służby zdrowia powinien zostać uporządkowany w jednej ustawie, z doktryną medyczną jako dokumentem komplementarnym — a nie w zarządzeniach niepodlegających ogłoszeniu, wprowadzanych z pominięciem oceny skutków regulacji i zasad planowania obronnego.

7. Coroczne rozliczenie ze zdolności — jedyny mechanizm, który pokaże prawdę

Najważniejszy postulat jest zarazem najprostszy i najtrudniejszy politycznie: należy ustanowić coroczne, obowiązkowe rozliczanie całego systemu z posiadanych zdolności — nie z wydatków, nie z liczby przeszkolonych osób, nie z liczby utworzonych struktur, lecz ze zdolności potwierdzonych w warunkach zbliżonych do rzeczywistych.

Rozliczenie takie powinno obejmować na początek, co najmniej:

- rzeczywistą obsadę stanowisk zabiegowych w pododdziałach medycznych Role 1, Role 2 i Role 3, z rozróżnieniem etatów czasu P i W;
- liczbę lekarzy i ratowników z ważną, recertyfikowaną kompetencją urazową;
- wynik niezapowiedzianych kontroli gotowości losowo wybranych brygad wraz z pełnym rozwinięciem elementów medycznych w polu;
- realny czas od urazu do interwencji chirurgicznej osiągnięty na ćwiczeniach;
- stan zapasów krwi i materiałów medycznych, w tym zdeponowanych w infrastrukturze cywilnej; oraz weryfikację przydziałów mobilizacyjnych pod kątem limitów wieku, stanu zdrowia i faktycznego przeszkolenia.

Mechanizm musi być odporny na naciski — usankcjonowany ustawowo, z obowiązkiem przedstawienia wyników właściwym komisjom parlamentarnym. Dopiero wtedy przestanie działać obecna logika, w której sukces definiuje się liczbą powołanych struktur i wykształconych studentów, a nie liczbą sal operacyjnych zdolnych do pracy na kierunku operacyjnym w dniu „W”. Dopiero wtedy niekompetencja przestanie być bezkosztowa.

8. Co należy zrobić? Kierunki reformy

Z przedstawionej analizy wynika kilka podstawowych kierunków.

Po pierwsze — zdefiniować wojskową zdolność medyczną. Nie zaczynać od struktury, lecz od pytania: co system musi być zdolny zrobić, dla ilu rannych, w jakim czasie i w jakich warunkach?

Po drugie — zmienić model kształcenia lekarzy. Państwo powinno finansować przede wszystkim te kompetencje, które są potrzebne do realizacji zadań operacyjnych.

Po trzecie — wprowadzić selekcję kandydatów. Predyspozycje do pracy w warunkach bojowych powinny być oceniane przed rozpoczęciem wieloletniego procesu kształcenia.

Po czwarte — stworzyć zamknięty katalog specjalizacji dla lekarzy zabezpieczenia medycznego. Tak jak system cywilny definiuje kompetencje lekarza systemu, tak system wojskowy powinien zdefiniować wymagania wobec lekarza przeznaczonego do zabezpieczenia działań bojowych.

Po piąte — zbudować kompetencję urazową. Najpierw jako możliwą do szybkiego wdrożenia umiejętność zawodową z obowiązkową recertyfikacją, a docelowo — jeśli doświadczenia systemu to uzasadnią — jako bardziej kompleksową ścieżkę kształcenia.

Po szóste — włączyć cywilne szpitale do planowania obronnego. Nie jako „magazyn łóżek”, lecz jako gotowe stanowiska operacyjne dla wojskowych zespołów zabiegowych.

Po siódme — stworzyć system zarządzania wiedzą o urazach. Trauma registry, analiza wyników leczenia, rekomendacje kliniczne (clinical guidance) i systematyczne przekładanie danych do wykorzystania w szkoleniu powinny stać się stałym elementem systemu.

Po ósme — co roku certyfikować zdolność. Nie liczbę struktur. Nie liczbę studentów. Nie liczbę etatów. Zdolność.

Po dziewiąte — prawo i doktryna.

Bez tego tworzymy zbiór pustych kompetencji.

Zamiast zakończenia

Problemy przedstawione w tym artykule są tylko fragmentem większego obrazu. Nie obejmują wszystkich słabości wojskowej służby zdrowia, nie pokazują pełnej skali problemów kadrowych, organizacyjnych, kompetencyjnych, prawnych i logistycznych. Pokazują natomiast kilka miejsc, w których szczególnie wyraźnie widać rozbieżność między tym, co system deklaruje, a tym, co można w nim rzeczywiście policzyć, sprawdzić i wykorzystać.

Jedno jest pewne: w przedstawionych obszarach trudno wskazać dziś funkcję lub zdolność, o której można byłoby z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że jest prawidłowo zorganizowana, obsadzona, wyszkolona, wyposażona i sprawdzona w warunkach odpowiadających wojnie. To właśnie powinno niepokoić najbardziej. Jeżeli niedomaga kilka elementów, można je naprawiać kolejno. Jeżeli słabości występują równocześnie w wielu podstawowych funkcjach, problem ma charakter systemowy.

Nie jest to przy tym abstrakcyjny problem organizacyjny. Każda luka w systemie ma ostatecznie swojego pacjenta. W czasie pokoju będzie nim niewykorzystana zdolność, nieobsadzony etat albo niewykonane szkolenie. W czasie wojny może nim być żołnierz, który otrzyma pomoc zbyt późno, w niewłaściwym miejscu albo od zespołu nieposiadającego wymaganych kompetencji.

Dlatego prawdziwą miarą reformy nie będzie liczba nowych struktur, stanowisk, studentów czy etatów. Będzie nią zdolność do ratowania ciężko rannych w warunkach, dla których ten system jest tworzony. Najpierw trzeba więc zdefiniować zdolność, następnie zbudować ludzi i zasoby potrzebne do jej osiągnięcia, a dopiero potem dopasować do nich strukturę.

Państwo nie powinno pytać przede wszystkim, ilu ma lekarzy. Powinno pytać: ilu lekarzy o właściwych kompetencjach jest dostępnych w miejscu i czasie, w którym będą potrzebni, ilu rannych mogą przyjąć ich zespoły i jak szybko mogą rozpocząć leczenie? Dopiero odpowiedź na te pytania pozwala mówić o realnej gotowości.

W planowaniu wojskowym straty własne są nieuniknionym elementem konfliktu. Zadaniem systemu zabezpieczenia medycznego jest jednak ograniczyć ich skalę, zwłaszcza tam, gdzie o przeżyciu decydują organizacja, czas i kompetencje. Decyzje podejmowane dziś — dotyczące kadr, specjalizacji, doktryny, prawa, organizacji i szkolenia — będą miały wymierny skutek wtedy, gdy system zostanie wystawiony na próbę. Dlatego zasadnicze pytanie nie brzmi już, ile struktur udało się stworzyć. Brzmi: ilu rannych będziemy potrafili uratować wtedy, kiedy naprawę będzie to potrzebne?



| PUBLIKACJE

Publikacja fundacji Stratpoints objęta jest prawami autorskimi.

www.stratpoints.eu