

Janusz Leżoń

e-mail: agajanuszlezon@interia.pl
<https://orcid.org/0009-0004-8911-0616>

Julian Traciak

e-mail: j.traciak@ron.mil.pl
<https://orcid.org/0000-0002-9214-3484>

Przetrwanie na polu walki – o zabezpieczeniu medycznym pododdziałów obrony terytorialnej w działaniach taktycznych

SURVIVAL ON THE BATTLEFIELD: MEDICAL SUPPORT FOR TERRITORIAL DEFENSE UNITS IN TACTICAL OPERATIONS

Summary

The war in Ukraine has prompted analyses of the broader conditions for conducting open armed conflict. Many issues have emerged in the public sphere regarding warfare tactics, the means used to destroy targets, the use of artificial intelligence (AI) and unmanned systems, and the size of the army Poland should maintain. There is also an ongoing public debate regarding medical support for combat troops. This debate is particularly challenging due to the generally negative public perception of the healthcare system. This article aims to examine the functioning of medical support for tactical operations within the Territorial Defense Forces (WOT). It also attempts to identify the directions of change necessary to ensure proper medical care for combat soldiers. The goal of the article is to analyze the adopted doctrinal solutions regarding medical support for tactical operations of light infantry subunits in the context of the requirements of the modern battlefield.

Keywords: medical support; medical subsystem; medical evacuation; medical care; territorial defence forces

Streszczenie

Wojna na Ukrainie stała się powodem analiz szeroko pojętych warunków prowadzenia otwartego konfliktu zbrojnego. W przestrzeni publicznej pojawia się wiele kwestii dotyczących taktyki prowadzenia wojny, środków stosowanych do niszczenia celów, wykorzystania sztucznej inteligencji (AI), systemów bezzałogowych czy też liczebności armii, jaką powinna posiadać Polska. Toczy się również publiczna dyskusja na temat medycznego zabezpieczenia walczących wojsk. Jest ona nie-

zwykle trudna z uwagi na ogólnie negatywnie postrzeganą publiczną służbę zdrowia. W artykule przedstawiono funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego działań taktycznych w Wojskach Obrony Terytorialnej (WOT). Podjęto też próbę określenia kierunków zmian koniecznych z punktu widzenia zapewnienia właściwej opieki medycznej walczącym żołnierzom. Celem artykułu jest analiza przyjętych rozwiązań doktrynalnych w zakresie zabezpieczenia medycznego działań taktycznych pododdziałów lekkiej piechoty w kontekście wymagań współczesnego pola walki.

Słowa kluczowe: zabezpieczenie medyczne; podsystem medyczny; ewakuacja medyczna; opieka medyczna; Wojska Obrony Terytorialnej

Wstęp

W jednym z lutowych wywiadów prezydent Ukrainy Wołodymyr Zełenski przekazał informację, że od początku wojny zginęło 45 tys. żołnierzy, a rannych zostało 390 tysięcy¹. Jeśli uznać te dane za wiarygodne, to można założyć, że każdego dnia wojny rannych zostaje blisko 400 żołnierzy. Dla porównania wystarczy podać, iż w Polsce w 2024 roku w wypadkach drogowych zostało rannych ponad 24 tys. osób², a więc około 65 osób dziennie. Oznacza to, że 400 rannych żołnierzy dziennie jest poważnym wyzwaniem dla systemu zabezpieczenia medycznego, zwłaszcza gdy zjawisko występuje na stosunkowo małym obszarze, ograniczonym jedynie do bezpośrednich działań bojowych. Konflikt rosyjsko-ukraiński jest swoistym polem analitycznym, z którego należy czerpać wiedzę, wyciągać wnioski i na ich podstawie wdrażać działania. Opieka medyczna żołnierzy w czasie konfliktu zbrojnego jest priorytetem i powinnością każdego dowódcy organizującego działania bojowe. Chory żołnierz pozbawiony jest w jakimś stopniu posiadanych zdolności bojowych, natomiast zdrowy – ma zdolność do pełnej realizacji zadań, nieskrępowanej problemami natury fizycznej czy psychicznej. Zapewnienie „zdrowego” wojska, pojmowanego jako fizyczny, umysłowy i społeczny dobrostan, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa³, koncentruje się na dwóch zasadniczych obszarach. Pierwszy to zapewnienie walczącym żołnierzom szeroko po-

1 „Zełenski ujawnia, ilu żołnierzy straciła w wojnie Ukraina”, 5 lutego 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://tvn24.pl/swiat/wojna-w-ukrainie-wolodymyr-zelenski-ujawnia-ilu-zolnierzy-stracila-ukraina-najwazniejsze-informacje-st8292408>.

2 Damian Nasiadek, „Statystyki wypadków drogowych w Polsce i w Europie”, Ciekawe Statystyki, 8 kwietnia 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://www.ciekawestatystyki.pl/wypadki-drogowe-w-polsce-i-w-europie/>.

3 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948, Nr 61, poz. 477.

jętych warunków sanitarno-higienicznych oraz działań przeciwepidemicznych. Drugi obejmuje zapewnienie ochrony medycznej w przypadku doznania uszczerbku na zdrowiu w wyniku działań zbrojnych, głównie udzielanie pierwszej pomocy na polu walki, prowadzenie ewakuacji medycznej, leczenie rannych i chorych oraz przywracanie do służby jak największej liczby poszkodowanych⁴. Powszechnie znanemu powiedzeniu: „Żołnierz ma prawo być dobrze dowodzonym”, powinno towarzyszyć inne: „Żołnierz ma prawo do przeżycia będąc rannym w boju”. Bohaterska śmierć na polu walki może być zaszczytem, jednak powinno czynić się wszystko, aby tych przypadków było jak najmniej, niezależnie od warunków, w jakich realizuje się zabezpieczenie medyczne. Zdrowie jest zasadniczym czynnikiem wpływającym na zdolność do walki, a misją pododdziałów medycznych jest zabezpieczenie działań poprzez zachowanie siły bojowej wojsk, ochronę życia oraz minimalizację uszczerbku na zdrowiu, tak fizycznym, jak i psychicznym. Niniejszy artykuł w sposób syntetyczny opisuje sposób organizacji zabezpieczenia medycznego pododdziałów obrony terytorialnej (OT) w działaniach taktycznych. Wskazuje jego niedostatki oraz proponuje kierunki zmian.

Z racji specyfiki poruszanego problemu, jakim jest zabezpieczenie medyczne działań taktycznych, odnoszące się tak naprawdę do sfery wojskowej, literatura przedmiotu nie jest zbyt obszerna. Definiowanie pojęć, takich jak: system zabezpieczenia medycznego, zabezpieczenie medyczne działań taktycznych, opieka medyczna, ewakuacja medyczna w ujęciu wojskowym, istnieje jedynie w dokumentach doktrynalnych⁵. Co więcej, definicje nie są spójne, co powoduje dodatkową trudność w jasnym i precyzyjnym scharakteryzowaniu danego pojęcia. Ponadto trudno doszukać się definicji „zabezpieczenia medycznego działań taktycznych”, czyli tak naprawdę pojęcia będącego przedmiotem badań. Na potrzeby niniejszej publikacji autorzy pokusili się o własną definicję tego pojęcia, na podstawie której dokonano dalszej analizy problemu. W literaturze można natomiast odnaleźć ogólne zapisy odnoszące się do zabezpieczenia medycznego wojsk. Na przykład Małgorzata Gorela⁶ twierdzi, że zabezpieczenie me-

4 Poszkodowani w działaniach bojowych to ofiary walki, które w wyniku działań bojowych doznały określonej szkody dla zdrowia spowodowanej czynnikiem zewnętrznym. *Zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej: DD-4.10(A)* (Ministerstwo Obrony Narodowej; Centrum Doktryn i Szkolenia Sił Zbrojnych, 2015), 15.

5 *Zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej; Doktryna logistyczna Sił Zbrojnych RP: D-4(B) Wersja 2* (Ministerstwo Obrony Narodowej; Centrum Doktryn i Szkolenia Sił Zbrojnych, 2019); *Regulamin działań wojsk lądowych* (Dowództwo Wojsk Lądowych, 2008); *Zabezpieczenie logistyczne Wojsk Obrony Terytorialnej: DT-4.40* (Ministerstwo Obrony Narodowej; Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej, 2021).

6 Małgorzata Gorela, „Specyfika ratownictwa taktycznego w działaniach bojowych”, *Biuletyn Wojskowej Akademii Technicznej* 72, nr 1 (2023): 105, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.2900>.

dyczne działań taktycznych jest elementem szeroko pojętego zabezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk. Z kolei Paweł Makowiec i Marek Mroszczyk⁷ uważają, że jest ono częścią opieki medycznej wojsk obejmującą takie elementy, jak: ochrona zdrowia wojsk, medycyna prewencyjna, medycyna ratunkowa, podstawowa opieka medyczna. Przegląd literatury obejmował również źródła internetowe dotyczące organizacji zabezpieczenia medycznego toczącej się wojny na Ukrainie.

Główny problem badawczy sformułowano w postaci pytania: Jakie zmiany wynikające z doświadczeń konfliktu rosyjsko-ukraińskiego są niezbędne w polskim systemie zabezpieczenia medycznego działań taktycznych WOT? Wstępna kwerenda literatury pozwoliła na przyjęcie następującej hipotezy roboczej: Organizacja zabezpieczenia medycznego działań taktycznych WOT wymaga szeregu zmian w kilku obszarach. Pierwszym jest obszar doktrynalny, w którym założenia zabezpieczenia medycznego zostały oparte na zasadach obowiązujących w wojskach operacyjnych co do zasady prowadzących działania taktyczne w sposób zupełnie odmienny od WOT. Drugim jest obszar organizacji urządzeń i elementów medycznych na poziomie taktycznym. Bazując na wnioskach z konfliktu rosyjsko-ukraińskiego, szczególną uwagę należy zwrócić na sposób organizacji ewakuacji medycznej z linii frontu do placówki medycznej określonego poziomu. Powyższe wymusza zmiany w trzecim obszarze, mianowicie w zakresie struktur i wyposażenia pododdziałów medycznych na szczeblu batalionu lekkiej piechoty oraz brygady OT.

W celu rozwiązania problemu badawczego zastosowano przede wszystkim teoretyczne metody badawcze, w szczególności analizę i krytykę piśmiennictwa, stanowiące podstawowy element przeprowadzonych badań. Pozwoliły one na charakterystykę podstawowych pojęć w obszarze zabezpieczenia medycznego działań taktycznych. W wyniku analizy porównawczej, zastosowania metody definiowania oraz syntezy sformułowano wnioski w zakresie poprawy funkcjonowania zabezpieczenia medycznego działań taktycznych w WOT.

1. Istota zabezpieczenia medycznego działań taktycznych

Zabezpieczenie medyczne działań taktycznych jest niejako wypadkową pojęć występujących w obszarze zabezpieczenia medycznego, takich jak: system zabezpieczenia logistycznego, system zabezpieczenia medycznego, podsystem medyczny, zabezpieczenie medyczne. Wymienione pojęcia powinny tworzyć swoistego rodzaju hierarchiczny układ wynikający w dużej mierze z obszaru, jakiego dotyczą. Pojęciem nadrzędnym,

7 Paweł Makowiec i Marek Mroszczyk, *Vademecum działań taktycznych lekkiej piechoty* (Difin, 2019).

spinającym i scalającym szeroko pojęte zabezpieczenie medyczne, jest system zabezpieczenia logistycznego. To jeden ze scharakteryzowanych w Siłach Zbrojnych RP systemów walki, obok dowodzenia, rozpoznania, rażenia, wsparcia inżynierskiego, obrony przeciwlotniczej, obrony przed bronią masowego rażenia. Definiowany jest jako „uporządkowany zbiór elementów struktury organizacyjnej oraz obszarów funkcjonalnych, których przeznaczenie, a także wzajemne powiązania i relacje zapewniają sprawne funkcjonowanie Sił Zbrojnych RP w czasie pokoju, kryzysu i wojny”⁸. Interesujący jest fakt, że cytowana powyżej instrukcja wyodrębnia oddzielny system zabezpieczenia medycznego, podczas gdy *Doktryna logistyczna Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej*⁹, powołując się na decyzję ministra obrony narodowej¹⁰, wyróżnia system funkcjonalny logistyki Sił Zbrojnych RP, w skład którego wchodzi między innymi podsystem medyczny. W podobny sposób odnosi się do problemu dokument doktrynalny z obszaru zabezpieczenia medycznego¹¹, powtarzając definicję za D-4 (B). Istotny jest również fakt, że w resorcie obrony narodowej planowane jest wydzielenie podsystemu medycznego z systemu funkcjonalnego logistyki Sił Zbrojnych RP¹². Biorąc pod uwagę możliwe wprowadzenie nowego systemu kierowania i dowodzenia¹³, uwzględniającego komponent wojsk medycznych, raczej pewne będzie wyodrębnienie systemu zabezpieczenia medycznego jako oddzielnego, autonomicznego obszaru funkcjonalnego Sił Zbrojnych RP. Według autorów ten system mógłby obejmować takie obszary, jak: planowanie, zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne¹⁴, medycyny pola walki oraz logistyki medycznej. Zabezpieczenie medyczne działań taktycznych, będące elementem szeroko pojętego zabezpieczenia medycznego, można zatem zdefiniować jako swoistego rodzaju zamknięty cykl działań opartych na wojskowych urządzeniach i elementach medycznych, cywilnych podmiotach leczniczych, ukierunkowany na pomoc medyczną rannym i poszkodowanym w walce żołnierzom, polegający na ciągłym świadczeniu usług medycznych zgodnie z powta-

8 *Instrukcja zgrywania systemów walki w Siłach Zbrojnych RP, DD/7.1.2* (Sztab Generalny Wojska Polskiego, 2011), 48.

9 *Doktryna logistyczna Sił Zbrojnych RP*, 125.

10 Decyzja Nr 56/Org./P5 Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie Organizatorów Systemów Funkcjonalnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, [niepublikowana].

11 *Zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej*.

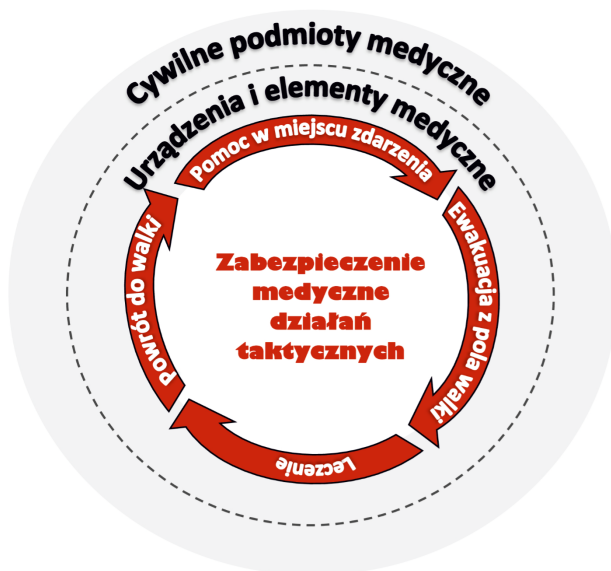
12 *Doktryna logistyczna Sił Zbrojnych RP*, 125.

13 Przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o działaniach organów władzy państwowej na wypadek zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, druk nr 405.

14 Propozycje na podstawie: „Instrukcja o zabezpieczeniu sanitarnohigienicznym i przeciwepidemicznym Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w czasie pokoju, kryzysu i wojny”, 2023,

rzającymi się fazami: taktyczna pomoc medyczna udzielana bezpośrednio w miejscu zdarzenia, ewakuacja z pola walki, czynności/zabiegi według wskazań medycznych, rehabilitacja i przywracanie poszkodowanych do służby (rys. 1).

Niezależnie od tego, czy zabezpieczenie medyczne definiowane jest jako oddzielny, autonomiczny układ, czy jako element składowy systemu logistycznego, w przypadku pododdziałów OT oznaczać będzie zespół działań mających na celu utrzymanie zdolności bojowej wojsk, ochronę życia oraz minimalizację fizycznego i psychicznego uszczerbku na zdrowiu. Zapewnienie efektywnego zabezpieczenia medycznego WOT ma fundamentalne znaczenie dla realizacji ich zadań¹⁵. Osiąga się je poprzez realizację skoordynowanych działań obejmujących: rozpoznanie medyczne, medycynę prewencyjną, ewakuację medyczną oraz logistykę medyczną.



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 1. Elementy składowe zabezpieczenia medycznego działań taktycznych

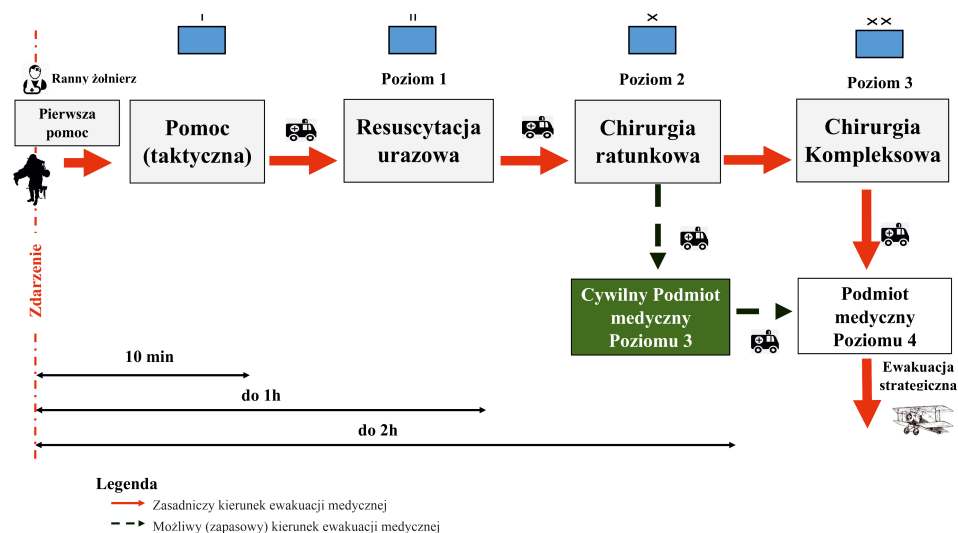
Istotą zabezpieczenia medycznego podczas działań bojowych jest utrzymanie przy życiu ранego lub poszkodowanego żołnierza, zabezpieczenie i przygotowanie go do transportu oraz jego szybka i sprawna ewakuacja pozwalająca na podjęcie stosownych do wskazań medycznych zabiegów przywracających go do zdrowia¹⁶. Na drugi

15 *Zabezpieczenie logistyczne Wojsk Obrony Terytorialnej*, 24.

16 Anita Podlasin, *Taktyczne ratownictwo medyczne* (Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015), 15–29.

plan schodzą kwestie związane z medycyną prewencyjną, rozpoznaniem medycznym czy w końcu logistyką medyczną określającą procedury pozyskiwania, gromadzenia i przechowywania środków medycznych. Wobec powyższego system zabezpieczenia medycznego działań bojowych powinien koncentrować się tak naprawdę na trzech kluczowych elementach składowych¹⁷, tworzących swoistego rodzaju logiczny „łańcuch” opieki medycznej (rys. 2) nad poszkodowanym żołnierzem, to jest:

- 1) taktyczna pomoc medyczna (udzielana bezpośrednio w miejscu zdarzenia);
- 2) ewakuacja medyczna (zgodnie z zasadą 10-1-2);
- 3) czynności/zabiegi według wskazań medycznych (leczenie specjalistyczne/szpitalne).



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. „Łańcuch” opieki medycznej

Powyższy sposób postępowania z poszkodowanym żołnierzem na poszczególnych poziomach zabezpieczenia medycznego powinien zagwarantować maksymalnie możliwą opiekę medyczną dającą szansę na przeżycie oraz powrót do pełnej sprawności¹⁸. Zabezpieczenie medyczne działań taktycznych jest elementem szeroko pojętego za-

17 Aaron Epstein i in., „Putting Medical Boots on the Ground: Lessons from the War in Ukraine and Applications for Future Conflict with Near-Peer Adversaries”, *Journal of the American College of Surgeons* 237, nr 2 (2023): 364–373, <https://doi.org/10.1097/xcs.0000000000000707>.

18 Joanna Wypyszevska i in., „Charakterystyka postępowania ratownika medycznego i ratownika taktycznego z chorym, który doznał urazu”, *Journal of Clinical Healthcare*, nr 2 (2016): 7.

bezpieczenia medycznego i ochrony zdrowia wojsk¹⁹, za które odpowiadają wszyscy dowódcy na poszczególnych poziomach dowodzenia obejmującego przede wszystkim takie elementy, jak: ochrona zdrowia wojsk i medycyna prewencyjna, medycyna ratunkowa, podstawowa opieka medyczna, kwalifikowana i specjalistyczna opieka zdrowotna i hospitalizacja, ewakuacja medyczna (MEDEVAC)²⁰.

2. Zabezpieczenie medyczne działań taktycznych WOT – obecny stan doktrynalny

Zabezpieczenie medyczne WOT w operacji realizowane jest siłami i środkami Zespołu Zabezpieczenia Medycznego (ZZM) na szczeblu brygad OT oraz Zespołów Medycznych (ZM) na szczeblu batalionów lekkiej piechoty²¹. ZZM rozwija na potrzeby brygady OT swoimi siłami połowy punkt medyczny (PPM) poziomu 1 (ang. ROLE 1), zapewniający pomoc i ewakuację medyczną. Przyjęto przy tym założenie, iż zabezpieczenie medyczne WOT rozwijane będzie wraz z rozwojem struktur własnych z docelowym osiągnięciem zdolności brygad OT do realizacji zabezpieczenia medycznego poziomu 2 (ang. ROLE 2). Do tego czasu przewidziano wykorzystanie szpitali i placówek publicznej służby zdrowia znajdujących się w stałych rejonach odpowiedzialności (SRO) poszczególnych brygad.

W sytuacji zdarzenia medycznego pierwsza pomoc realizowana będzie na zasadach samopomocy i pomocy koleżeńskiej z wykorzystaniem indywidualnych pakietów medycznych (IPMed) oraz kwalifikowanej pierwszej pomocy udzielanej przez ratowników wyposażonych w plecak ratownika-sanitariusza (PRS).

Organizacja zabezpieczenia medycznego na poszczególnych poziomach dowodzenia w założeniach doktrynalnych przedstawia się następująco:

- W kompanii lekkiej piechoty ratownik medyczny (żołnierz po kursie pierwszej pomocy) wyposażony w plecak ratownika medycznego (PRM) udziela pomocy medycznej w punkcie zbiórki poszkodowanych (PZP).
- W batalionie lekkiej piechoty ZM rozwija swoimi siłami PPM zapewniający kwalifikowaną pomoc medyczną.
- W brygadzie OT realizowany jest poziom 1 zabezpieczenia medycznego, zapewniający pomoc lekarską.

19 Gorela, „Specyfika ratownictwa taktycznego w działaniach bojowych”, 105.

20 Makowiec i Mroszczyk, *Vademecum działań taktycznych lekkiej piechoty*.

21 Na podstawie: *Zabezpieczenie logistyczne Wojsk Obrony Terytorialnej*.

Stosownie do wskazań zdrowotnych uszkodzonego lub chorego żołnierza ewakuuje się na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego. Ewakuacja medyczna w strefie działań bezpośrednich z miejsca zdarzenia do właściwej placówki medycznej odbywa się głównie z wykorzystaniem kołowych pojazdów sanitarnych występujących w strukturach brygady OT. Powyższe analizy, zwłaszcza w kontekście doświadczeń ukraińskich, rodzą szereg wątpliwości odnośnie do organizacji zabezpieczenia medycznego działań walczących terytorialsów. W zdecydowanej większości wynikają one wprost z przyjętych rozwiązań doktrynalnych, które wymagają przebudowy i zupełnie nowego podejścia do zagadnienia.

Wątpliwości te nie wynikają wyłącznie z praktycznej wiedzy i doświadczenia żołnierzy „medyków” pełniących służbę w pododdziałach, lecz znajdują potwierdzenie w recenzowanych opracowaniach poświęconych zabezpieczeniu medycznemu współczesnego pola walki. Marek Skalski i współautorzy, analizując zmiany w systemie leczniczo-ewakuacyjnym Sił Zbrojnych Ukrainy w latach 2014–2024, opierając się na doświadczeniach uczestników walk, wskazują na te same niedostatki, m.in. brak opancerzonych środków ewakuacji rannych z pola walki, niedostateczne wsparcie kadrowe i materiałowe wojskowej służby zdrowia, deformację struktur organizacyjnych będącą następstwem redukcji etatów oraz niewystarczające przeszkolenie żołnierzy w zakresie samopomocy i pomocy wzajemnej²². Z kolei Grzegorz Gielerak i Piotr Murawski dowodzą, że schematy organizacji zabezpieczenia medycznego opracowane dla poprzednich konfliktów nie będą skuteczne w przeciwdziałaniu skutkom wojny przyszłości, co wprost uzasadnia konieczność weryfikacji obowiązujących w WOT rozwiązań doktrynalnych²³.

Skupiając się na medycznym aspekcie i mając na uwadze obecne doświadczenia w zakresie zabezpieczenia medycznego działań taktycznych, należy zauważyć, że przyjęte rozwiązania mogą okazać się nie wystarczające do zapewnienia właściwej ochrony życia i zdrowia walczących żołnierzy. Podstawową kwestią jest organizacja PZP w kompanii lekkiej piechoty. Zakłada się, że lokalizacja PZP ma umożliwić dotarcie do niego uszkodzonego z pola walki w ciągu 10 minut. O ile w wojskach operacyjnych, gdzie kompania działa na powierzchni około 1 km², jest to możliwe, o tyle w WOT, z uwagi na znacznie większy obszar prowadzenia działań taktycznych, jest to trudne do wyko-

22 Marek Skalski i in., „Zmiany adaptacyjne w systemie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych w zależności od sytuacji operacyjnej na przykładzie działania wojskowej służby zdrowia w Ukrainie”, *Lekarz Wojskowy* 103, nr 2 (2025): 93–98, <https://doi.org/10.53301/lw/193421>.

23 Grzegorz Gerard Gielerak i Piotr Murawski, „Model dynamicznego planowania zabezpieczenia medycznego wojsk walczących: Nowe spojrzenie na wymagania i zdolności komponentu medycznego”, *Lekarz Wojskowy* 102, nr 1 (2024): 56–67, <https://doi.org/10.53301/lw/177410>.

niania. Postępowanie powinno opierać się na udzielaniu pomocy medycznej na polu walki (tzw. taktyczna pomoc medyczna) oraz ewakuacji rannego do najbliższego PZP, przygotowanego niezależnie od szczebla organizacyjnego, a wynikającego z aktualnej sytuacji taktycznej, lub w skrajnych przypadkach do najbliższej placówki medycznej (o ile taka możliwość będzie występowała). Wyposażenie „ratowników medycznych” w PZP to przede wszystkim indywidualny pakiet medyczny (IPMed) posiadany przez każdego żołnierza oraz plecak ratownika-sanitariusza²⁴. Transport poszkodowanego na wyższy poziom może być realizowany z wykorzystaniem sił i środków będących w dyspozycji dowódcy kompanii jedynie w postaci organizacji taktycznej ewakuacji medycznej.

Kolejna kwestia dotyczy organizacji batalionowego punktu medycznego (bpm). Zachowując ideę udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej w ciągu 1 do 4 godzin (preferencyjne 2 godziny), warto rozważyć możliwości ewakuacji poszkodowanego do najbliższej możliwej placówki medycznej. Zapewne w grę będą wchodzić cywilne placówki medyczne. Należy jednak mieć na uwadze, że mogą być one niewydolne. Poza tym takie postępowanie może być jedynie alternatywą. W związku z powyższym niezbędne jest „doposażenie” batalionu lekkiej piechoty w stosowne siły i środki w celu możliwości organizacji punktu medycznego świadczącego realne usługi medyczne na poziomie 1²⁵. Bolączką jest również fakt, że obecne struktury pododdziałów medycznych nie zawierają elementu typowo „logistycznego” w postaci na przykład drużyny gospodarczej, grupy zabezpieczenia odpowiedzialnej przede wszystkim za fizyczną organizację elementu, ale również za sprawy związane z postępowaniem z osobami, których nie udało się uratować (zgon).

Z powyższych analiz wynika wniosek, iż kwestie zabezpieczenia medycznego działań taktycznych żołnierzy WOT wymagają przebudowy opartej nie tylko na wnioskach z konfliktu na Ukrainie, ale również na doświadczeniach, wiedzy i umiejętnościach zarówno specjalistów z zakresu ochrony zdrowia²⁶, jak i żołnierzy „medyków” pełniących służbę w jednostkach wojskowych. Ci ostatni, znający specyfikę funkcjo-

24 Plecak ratownika-sanitariusza jest wyposażeniem żołnierza ratownika i sanitariusza, a plecak ratownika medycznego – żołnierza ratownika medycznego.

25 Niezbędne minimum to: namiot opatrunkowy ogrzewany, agregat prądotwórczy, źródło światła, nosze drążkowe, worki na zwłoki, środki do transportu sanitarnego.

26 Grzegorz Gierelak, „Sojusz dla zdrowia: Integracja cywilno-wojskowa i medycyna taktyczna filarami odporności państwa”, *Defence24*, 29 kwietnia 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://defence24.pl/sily-zbrojne/sojusz-dla-zdrowia-integracja-cywilno-wojskowa-i-medycyna-taktyczna-filarami-odporności-panstwa>; Grzegorz Gierelak, „Nowa architektura bezpieczeństwa medycznego państwa [OPINIA]”, *Defence24*, 8 marca 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://defence24.pl/polityka-obrona/nowa-architektura-bezpieczeństwa-medycznego-panstwa>.

nowania zabezpieczenia medycznego od strony praktycznej, powinni mieć decydujący wpływ na to, jak będą wyglądały struktury pododdziałów medycznych, jakie będzie ich etatowe wyposażenie i jak powinna być zorganizowana pomoc medyczna walczących wojsk. Co istotne, praktyczne spostrzeżenia żołnierzy „medyków” pozostają zbieżne z wnioskami formułowanymi przez doświadczonych oficerów ukraińskiej wojskowej służby zdrowia. Pułkownik rez. Viktor Kevlyuk, podsumowując doświadczenia z lat 2014–2024, wskazuje m.in. na konieczność etatowego umocowania punktu stabilizacyjnego wyposażonego w przeszkolony personel i niezbędny sprzęt, prowadzenia ciągłego szkolenia z zakresu samopomocy i pomocy wzajemnej, a także usunięcia barier prawnych utrudniających pracę bojowych medyków taktycznych²⁷. Zbieżność praktycznej wiedzy polskich „medyków” z udokumentowanymi doświadczeniami strony ukraińskiej pozwala traktować formułowane w niniejszym artykule wnioski nie jako odosobnione opinie, lecz jako spostrzeżenia znajdujące oparcie w źródłach. Sformułowanie Dowództwa Wojsk Medycznych pozwala mieć nadzieję, że tak właśnie będzie.

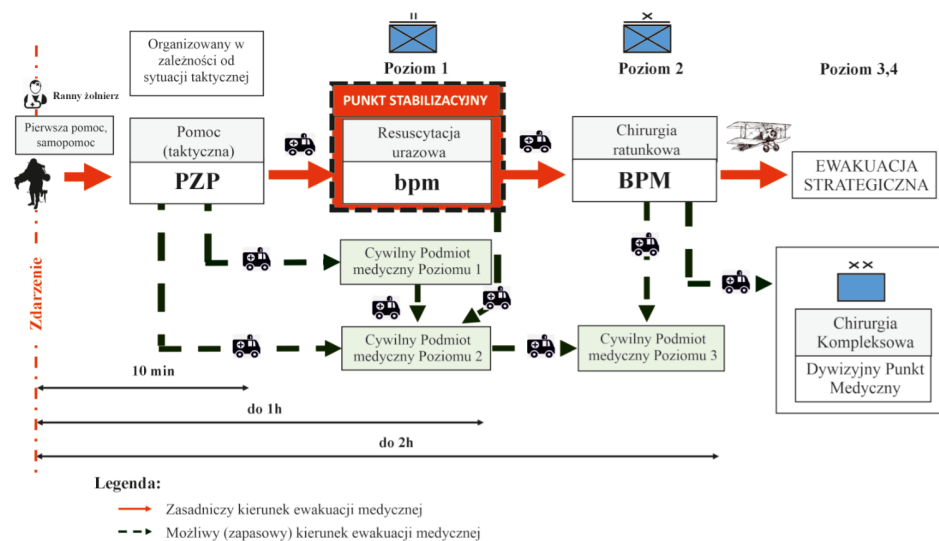
3. Organizacja i funkcjonowanie elementów zabezpieczenia medycznego w działaniach taktycznych

Istotą zabezpieczenia medycznego jest zapewnienie pomocy w jak najkrótszym czasie jak największej liczbie poszkodowanych przy maksymalnym wykorzystaniu dostępnych sił i środków zorganizowanych na odpowiednich poziomach opieki medycznej, posiadających zasoby i środki medyczne niezbędne do prowadzenia leczenia, ewakuacji, zaopatrzenia i wykonywania innych czynności dla utrzymania zdrowia żołnierzy. Proponowany schemat działania przedstawia rys. 3. Zasadą jest, że przepływ chorych, rannych i poszkodowanych przez poszczególne poziomy opieki medycznej odbywa się w zależności od wskazań. Warunek etapowości leczenia nie zawsze musi być zachowany. Niektóre etapy mogą zostać pominięte, jeśli szybszy dostęp do bardziej zaawansowanego poziomu gwarantuje lepsze efekty.

Charakterystykę poszczególnych elementów zabezpieczenia medycznego działań taktycznych należy rozpocząć od najniższego szczebla organizacyjnego, od którego działania zależeć będzie w głównej mierze efektywność całego systemu. Na szczególną uwagę zasługuje propozycja odnosząca się do punktu stabilizacyjnego, który jest podstawą łańcucha ewakuacji medycznej. Nie jest uwzględniany przez żadną doktrynę medyczną, natomiast jest szeroko stosowany przez Siły Zbrojne Ukrainy w toczącej się

27 Skalski i in., „Zmiany adaptacyjne w systemie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych w zależności od sytuacji operacyjnej na przykładzie działania wojskowej służby zdrowia w Ukrainie”, 98.

wojnie²⁸. Najczęściej jest on określany jako coś pomiędzy wzmocnionym poziomem 1, a wysuniętym poziomem 2. Stosowana odległość od linii styczności wynosi zwykle 2–10 km. W przypadku Ukrainy punkt stabilizacyjny organizowany jest na szczeblu brygady²⁹. Biorąc jednak pod uwagę specyfikę realizacji zadań przez WOT w stałych rejonach odpowiedzialności, byłoby to niecelowe i nieefektywne. Realne zatem wydaje się organizowanie punktu stabilizacyjnego na szczeblu batalionu lekkiej piechoty (stosunkowo w bliskiej odległości od linii frontu³⁰), którego rejon odpowiedzialności to z reguły kilkadziesiąt kilometrów kwadratowych.



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 3. Organizacja zabezpieczenia medycznego działań taktycznych WOT

W punkcie stabilizacyjnym przeprowadzana jest zarówno kwalifikowana pomoc medyczna, jak i chirurgia ratująca życie. Ilość i jakość wyposażenia zależy od zdol-

28 Ksawery Kurski, „Polscy medycy na froncie w Ukrainie: „Medycy są dla Rosjan świetnymi celami””, *Polityka Zdrowotna*, 4 października 2023, dostęp 20 maja 2026, <https://politykazdrowotna.com/ar-tykul/medycy-z-frontu-n1184034>.

29 Punkt znajduje się blisko linii frontu, aby zapewnić opiekę medyczną w możliwie najbezpieczniejszych warunkach; zob. „The Mod Has Put Into Operation the First Underground Stabilization Point for the Armed Forces of Ukraine”, Ministry of Defence of Ukraine, 2 września 2024, dostęp 20 maja 2026, <https://mod.gov.ua/en/news/the-mo-d-has-put-into-operation-the-first-underground-stabilization-point-for-the-armed-forces-of-ukraine>.

30 „The Mod Has Put Into Operation the First Underground Stabilization Point for the Armed Forces of Ukraine”.

ności organizacyjnych batalionu oraz kompetencji personelu specjalistycznego (chirurg, anesteziolog) i ma na celu zapewnienia zdolności na poziomach 1 i 2. Istotne jest zapewnienie dostępu do wody, elektryczności, łączności, chłodzenia (lodówki), oświetlenia, ogrzewania. Punkt stabilizacyjny to element, od którego w dużej mierze zależy życie i zdrowie ciężko rannych żołnierzy. Ustabilizowanie pacjenta w tym punkcie stwarza możliwości dalszej ewakuacji medycznej do placówki wyższego poziomu. Wobec powyższego zasadne wydaje się organizowanie szczebli zabezpieczenia medycznego.

3.1. Szczebel kompanii lekkiej piechoty (taktyczna pomoc medyczna na polu walki)

Podstawowym elementem zabezpieczenia medycznego organizowanym na szczeblu pododdziału jest PZP, rozwijany w zależności od sytuacji taktycznej na szczeblu od sekcji do kompanii lekkiej piechoty, organizowany z sił i środków własnych oraz przydzielonych z ZM batalionu. Miejsce rozwinięcia punktu powinno być zorganizowane tak, aby w ciągu 10 minut poszkodowany trafił z miejsca zdarzenia do PZP. Bez względu na wyposażeniu powinien być środek transportu³¹ (z uwzględnieniem możliwości wykorzystywania autonomicznych platform³²) do ewakuacji rannych oraz zapewniona łączność umożliwiająca kontakt z pozostałymi urządzeniami i elementami medycznymi brygady³³. Główne zadanie punktu to zapewnienie pierwszej pomocy medycznej (ang. *first response capability*) zmierzającej przede wszystkim do tamowania krwotoku i zapewnienia drożności dróg oddechowych. Udzielanie pomocy w strefie pola walki powinno być oparte na taktycznych zasadach udzielania pomocy na polu walki, których celem jest stabilizacja stanu poszkodowanego i przygotowanie go do ewakuacji do bpm lub do najbliższej placówki medycznej³⁴. Wobec strukturalnego braku personelu medycznego, o skuteczności łańcucha ewakuacji decyduje „personel niemedyczny” koordynowany przez medyka bojowego, który organizuje i zarządza dostępnymi zasobami na zasadach stosowanych na Ukrainie, gdzie ponad połowa

31 Konflikt na Ukrainie pokazuje, iż pojazdy nie mogą dotrzeć do bezpośrednich działań zbrojnych, gdyż stanowią łatwy cel. Transport do PZP odbywa się systemem „noszowym”. Warto zauważyć, że lżejsze i bardziej praktyczne od noszy STANAG są nosze SKED lub płachtowe.

32 Gielerak i Murawski, „Model dynamicznego planowania”, 59.

33 Gielerak i Murawski, 60.

34 Radosław Milewski i Grzegorz Stankiewicz, „Ewakuacja medyczna – MEDEVAC”, *Zeszyty Naukowe WSOWL* 149, nr 3 (2008): 22–25.

personelu oraz transportów CASEVAC (Casualty Evacuation) to personel ochotniczy niebędący wojskowymi oraz nieposiadającymi wykształcenia medycznego³⁵.

3.2. Szczebel batalionu lekkiej piechoty (poziom 1)

Na szczeblu batalionu podstawowym elementem zabezpieczenia medycznego jest bpm rozwijany siłami organicznego zespołu medycznego. Miejsce rozwinięcia uwzględnia bliskość dróg ewakuacji, dostępność do wody oraz możliwość udzielania kwalifikowanej pomocy chirurgicznej w ciągu 1 do 4 godzin, odpowiednią ochronę przed oddziaływaniem ogniowym przeciwnika (pod ziemią)³⁶. Kluczowe w łańcuchu ewakuacji punkty stabilizacyjne umieszczone w niecharakterystycznych budynkach przygodnych, piwnicach i ziemiankach, organizowane w reżimie najwyższej skrytości. Bpm powinien posiadać zdolność do ewakuacji rannych własnymi środkami transportu (pojazdami sanitarnymi dostosowanymi do terenu) wyposażonymi w odpowiednią liczbę noszy drążkowych (przynajmniej po 6 sztuk na namiot i 6 sztuk na transport). Powinien posiadać procedury postępowania z osobami których nie udało się uratować (zgon) oraz worki na zwłoki. Podstawowe zadania bpm powinny obejmować: zaawansowane czynności ratownicze w ramach udzielania pomocy na polu walki, rutynowe przyjęcia ambulatoryjne i zaopatrywanie lżej chorych i rannych celem szybkiego ich powrotu do służby, ewakuację z pola walki, przygotowanie poszkodowanych i chorych do dalszej ewakuacji, doradztwo w zakresie medycyny zapobiegawczej oraz medycyny prewencyjnej.

3.3. Szczebel Brygady OT (poziom 2)

Szczebel brygady powinien posiadać możliwości do organizacji polowego punktu medycznego lub szpitala polowego świadczącego usługi medyczne poziomu 2, organizowany z sił i środków brygadowego ZZM, rozwijany w zależności od sytuacji taktycznej w danym rejonie odpowiedzialności brygady w oparciu o istniejącą infrastrukturę medyczną (przychodnie i gabinety lekarskie) lub w warunkach polowych na takich zasadach jak bpm (pod ziemią). Podstawowe zadania powinny obejmować: czynności ratunkowe z segregacją diagnostyczno-prognostyczną, chirurgię ratunkową, krótkoterminową intensywną opiekę medyczną, krótkoterminowe leczenie (ograniczona baza łóżkowa), diagnostykę laboratoryjną, diagnostykę obrazową – rentgenografia (rtg), ultrasonografia (usg), ewakuację z niższych poziomów, przygotowanie

35 Powodem takiej sytuacji jest wysokie ryzyko strat oraz niska szansa na pozyskanie zastępstwa medyka.

36 Gielerak i Murawski, „Model dynamicznego planowania”, 60.

rannych i chorych do dalszej ewakuacji, odpowiednie środki łączności i informatyki oraz logistykę medyczną.

4. Zabezpieczenie medyczne w terenie czasowo zajęтым przez przeciwnika

Jak słusznie zauważa Gielerak, działania niekonwencjonalne (*unconventional warfare*), czyli działania bojowe prowadzone na terenie zajęтым przez siły przeciwnika, w dobie konfliktów oraz wobec strategicznego położenia Polski na wschodniej flance NATO należy szczegółowo rozpoznać. Wnioski z oceny możliwości oraz warunków prowadzenia zabezpieczenia medycznego tego rodzaju działań należy bezpośrednio wdrożyć do szkolenia i planowania strategicznego, operacyjnego oraz taktycznego. Tym bardziej że w opinii autora, to we współpracy jednostek WOT oraz systemu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane będzie zabezpieczenie medyczne działań niekonwencjonalnych³⁷. Z uwagi na obszerność zagadnienia wymaga ono odrębnej analizy, stąd też nie będzie szerzej omawiane w niniejszym artykule.

5. Propozycje zmian strukturalnych

Analiza organizacji zabezpieczenia medycznego działań taktycznych pododdziałów lekkiej piechoty pozwala na identyfikację niedostatków systemu występujących w strukturach organizacyjnych pododdziałów medycznych na szczeblu batalionu oraz brygady. Potwierdzeniem powyższego może być sytuacja konieczności wsparcia administracji publicznej w walce z wirusem SARS-CoV-2. To wówczas okazało się, że medycy będący na etatach przeznaczonych dla żołnierzy terytorialnej służby wojskowej (TSW)³⁸ nie są dyspozycyjni w dni poza kalendarzem szkoleń³⁹ ze względu na pracę w placówkach medycznych. Niemożliwe było zatem angażowanie ich do jakichkolwiek zadań służbowych w jednostce wojskowej. Przy powołaniu w trybie natychmiastowego stawiennictwa część ratowników nie miała możliwości przybycia, gdyż byli w trakcie dyżurów i wiązałoby się to z odejściem od pacjentów. Stąd też ówczesne

37 Grzegorz Gielerak, „Ochrona zdrowia w czasie konfliktu i wojny – „Zdrowy pomysł””, Termedia, 13 października 2022, dostęp 20 maja 2026, <https://www.termedia.pl/mz/Ochrona-zdrowia-w-czasie-konfliktu-i-wojny-Zdrowy-pomysl-,48239.html>.

38 Terytorialna Służba Wojskowa – służba pełniona przez żołnierza OT na podstawie art. 171, ust. 2 ustawy o obronie Ojczyzny; zob. Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, tekst jednolity, Dz.U. 2025, poz. 825 z późn. zm.

39 Ustalone przez dowódcę Jednostki Wojskowej dni, w których służba jest pełniona rotacyjnie; art. 177 ustawy o obronie Ojczyzny.

dowództwo podjęło decyzję o niepowoływaniu do służby osób ujętych w państwowym lub prywatnym systemie opieki zdrowotnej⁴⁰. W ocenie autorów występowanie w strukturach etatowych stanowisk dedykowanych dla żołnierzy TSW wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie całej służby zdrowia. Według założeń przedstawianych chociażby przez Gielera i Murawskiego „optymalna jest organizacyjna i funkcjonalna integracja wojskowego i cywilnego systemu ochrony zdrowia”⁴¹, która nie polega jednak na „podkradaniu” czy „wyciąganiu” personelu medycznego z cywilnego systemu opieki zdrowotnej do wojskowego. Problem ten został dostrzeżony już w 2017 roku przez fundację Stratpoints. Zwrócono uwagę, że konsekwencją tworzenia etatów w ramach terytorialnej służby wojskowej dla ratowników medycznych i pielęgniarów będzie „wydrenowanie przeszło 4 tysięcy specjalistów medycznych ze szpitali cywilnych, stanowiących 3 i 4 poziom zabezpieczenia medycznego”⁴². Wydaje się zatem, że zasada pełnienia terytorialnej służby wojskowej zapewniająca możliwość jej pogodzenia z dotychczasową aktywnością zawodową, w przypadku stanowisk medycznych (lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarka), nie jest korzystnym rozwiązaniem. Wyjściem z sytuacji może być utworzenie i uzawodowienie Grup Ewakuacji Medycznej (GEM) podporządkowanych ZZM (rys. 4), w szczególności żołnierzy w specjalnościach: dowódca sekcji-ratownik medyczny, kierowca, ratownik medyczny, dowódca grupy ewakuacji medycznej. Ponadto niezbędne jest uwzględnienie w etatowych strukturach zespołów medycznych żołnierzy, personelu, struktur występujących w innych pododdziałach, takich jak: dowódca, szef, technik, kancelista, drużyna gospodarcza itp. Powyższe pozwoli na prawidłowe zabezpieczenie działalności pododdziału medycznego oraz zwiększy możliwość ustawicznego rozwoju zawodowego personelu medycznego wynikającego z ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych⁴³.

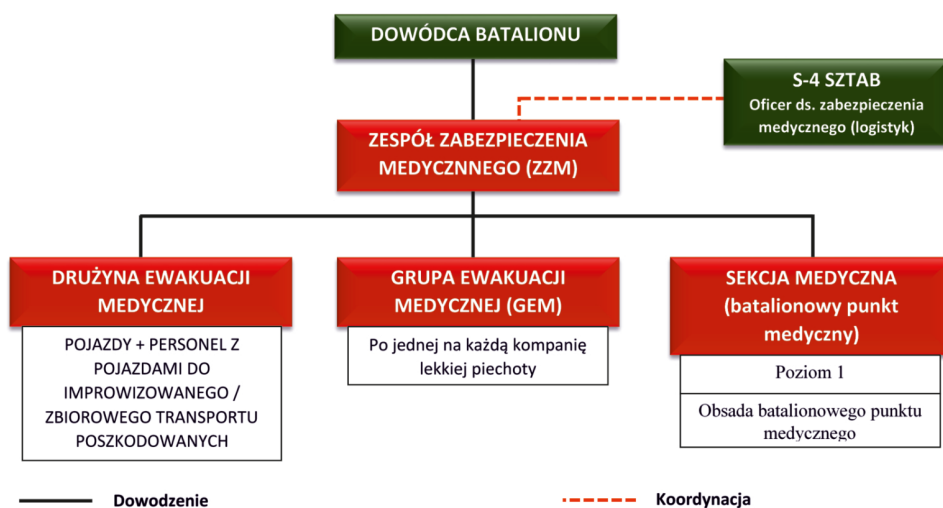
Uzawodowienie w całości GEM i stworzenie takich grup w każdym batalionie lekkiej piechoty zwiększy możliwości operacyjne. Powyższe wpłynie pozytywnie na szybkość działania i koordynację zadań związanych z zabezpieczeniem medycznym.

40 Mateusz Zielonka, „Gotowość do działania w ciągu 12 godzin: WOT w walce z koronawirusem”, Defence24, 19 marca 2020, dostęp 21 maja 2026, <https://defence24.pl/sily-zbrojne/gotowosc-do-dzialania-w-ciagu-12-godzin-wot-w-walce-z-koronawirusem>.

41 Gielera i Murawski, „Model dynamicznego planowania”, 60.

42 Marcin Buszko, *System zabezpieczenia medycznego wojsk – studium wybranych problemów* (Fundacja Bezpieczeństwa i Rozwoju Stratpoints, 2018), dostęp 21 maja 2026, https://stratpoints.eu/wp-content/uploads/2025/05/SYSTEM_ZABEZPIECZENIA_MEDYCZNEGO_FINAL2.pdf.

43 Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, tekst jednolity, Dz.U. 2025, poz. 339 z późn. zm.



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 4. Struktura ZMZ

Poza tym celowym wydaje się stworzenie komórek, które będą odpowiedzialne za organizację PZP (np. drużyna medyczna).

Powyższe rozwiązanie pozwoli ponadto na większą możliwość obowiązkowego doskonalenia zawodowego dla ratowników medycznych⁴⁴.

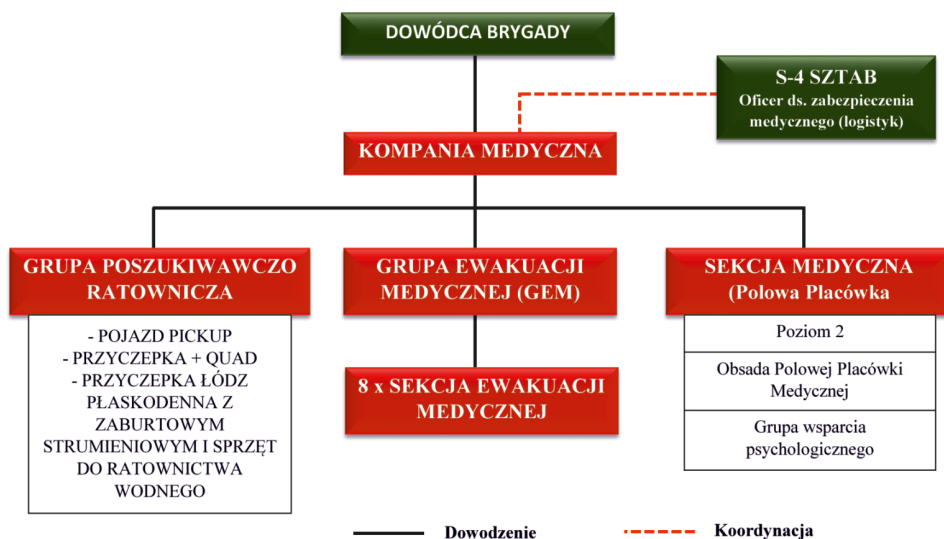
Reasumując, propozycja uzawodowienia etatów ratowników medycznych posiada szereg zalet i może przyczynić się do efektywnej realizacji zabezpieczenia medycznego. Warto też zwrócić uwagę na możliwość wprowadzenia zmian w etacie szefa służby zdrowia jednostki wojskowej – zmiana grupy „medyczna ogólna” na grupę „organizacja i zarządzanie” lub „logistyka medyczna”. Warto również mieć na uwadze fakt gratyfikacji finansowej żołnierzy-medyków za wykonywaną pracę⁴⁵.

Analogicznie do zmian na szczeblu batalionu proponuje się utworzenie kompanii medycznej na szczeblu brygady (rys. 5).

Rozwiązanie powyższe zapewni możliwość organizowania efektywnego zabezpieczenia medycznego działań taktycznych uwzględniającego aktualne ograniczenia wynikające z niedostosowanych struktur medycznych na szczeblu batalionu w związku

44 Propozycje zgodne z wytycznymi dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia i ustawie o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

45 „Lekarze w mundurach: Co naprawdę stoi za kryzysem i jak go przezwyciężyć?”, 22 kwietnia 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://defence24.pl/polityka-obronna/lekarze-w-mundurach-co-naprawde-stoi-za-kryzysem-i-jak-go-przezwycieczyc-analiza>.



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 5. Struktura kompanii medycznej na szczeblu Brygady Obrony Terytorialnej

z koniecznością zabezpieczenia całego rejonu odpowiedzialności. Rozwinięcie struktur medycznych na szczeblu brygady do kompanii medycznej zapewni możliwość rozwinięcia placówki medycznej poziomu 2.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza potwierdziła zakładaną hipotezę. Zabezpieczanie medyczne działań taktycznych pododdziałów WOT, zgodnie z proponowaną i przyjętą do rozważań jego definicją, wymaga poprawy. Niedostatki w postaci odpowiednich sił, środków, w tym personelu medycznego oraz określonych procedur postępowania mogą nie zapewnić odpowiedniego poziomu opieki medycznej żołnierzowi poszkodowanemu w walce⁴⁶. Traktując zabezpieczenie medyczne wojsk jako element szeroko pojętej logistyki, należy go traktować jako system odpowiadający wymaganiom współczesnego pola walki dostosowany do specyfiki WOT, ukierunkowany przede wszystkim na zapewnienie możliwości etapowego świadczenia usług logistycznych, zwłaszcza w ob-

46 Arkadiusz Józwiak i in., „Organizacja i funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego”, *Gospodarka Materialowa i Logistyka*, nr 5 (2016): 310.

szarze udzielania pomocy rannym i chorym żołnierzom⁴⁷. Poważne potraktowanie zabezpieczenia medycznego walczących żołnierzy wymaga kompleksowego, nowego podejścia do problemu. Rozważania, analizy, a w konsekwencji decyzje powinny być podejmowane pod kątem efektywnej pomocy poszkodowanym w walce i mieć na celu dostosowanie do tego struktur, sił, środków oraz procedur nie tylko medycznych, ale również doktrynalnych. Życie i zdrowie żołnierza nie mogą zależeć od limitów czy oszczędności. Tylko sprawne i umiejętne połączenie chęci, wiedzy, doświadczenia oraz odpowiednich nakładów finansowych będzie gwarantem sukcesu w postaci nowego, efektywnego zabezpieczenia medycznego działań taktycznych pododdziałów WOT. Szansą na zmiany w Wojskowej Służbie Zdrowia jest z całą pewnością powołane Dowództwo Wojsk Medycznych. Zgodnie z deklaracją szefa Ministerstwa Obrony Narodowej⁴⁸, jego celem i zadaniem będzie rozwój całej medycyny pola walki, personelu, zarówno wojskowego, jak i cywilnego⁴⁹.

References/Bibliografia

AKTY PRAWNE

- Decyzja Nr 56/Org./P5 Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie Organizatorów Systemów Funkcjonalnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. [niepublikowana].
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948. Nr 61, poz. 477.
- Przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o działaniach organów władzy państwowej na wypadek zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Druk nr 405.
- Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Tekst jednolity. Dz.U. 2025. Poz. 339 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny. Tekst jednolity. Dz.U. 2025. Poz. 825 z późn. zm.

47 Mieczysław Pawlisiak, „Logistyka w Wojskach Obrony Terytorialnej”, *Zeszyty Naukowe Akademii Sztuki Wojennej* 106, nr 1 (2017): 62.

48 „Wzmacniamy Wojsko Polskie – powstaje Dowództwo Wojsk Medycznych”, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, 15 września 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/wzmacniamy-wojsko-polskie-powstaje-dowodztwo-wojsk-medycznych>.

49 Anna Wittenberg i Rafał Lesiecki, „Jak zadziała ochrona zdrowia, jeśli wybuchnie wojna? Tomczyk: fikcja, w której żyje wiele osób”, WNP, 6 listopada 2025, dostęp 20 maja 2026, <https://www.wnp.pl/bezpieczenstwo/jak-zadziala-ochrona-zdrowia-jesli-wybuchnie-wojna-tomczyk-fikcja-w-ktorej-zyje-wiele-osob,1001285.html>.

DOKUMENTY DOKTRYNALNE

- Doktryna logistyczna Sił Zbrojnych RP: D-4(B) Wersja 2*. Ministerstwo Obrony Narodowej; Centrum Doktryn i Szkolenia Sił Zbrojnych, 2019.
- „Instrukcja o zabezpieczeniu sanitarnohigienicznym i przeciwepidemicznym Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w czasie pokoju, kryzysu i wojny”, 2023.
- Instrukcja zgrywania systemów walki w Siłach Zbrojnych RP, DD/7.1.2*. Sztab Generalny Wojska Polskiego, 2011.
- Regulamin działań wojsk lądowych*. Dowództwo Wojsk Lądowych, 2008.
- Zabezpieczenie logistyczne Wojsk Obrony Terytorialnej: DT-4.40*. Ministerstwo Obrony Narodowej; Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej, 2021.
- Zabezpieczenie medyczne Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej: DD-4.10(A)*. Ministerstwo Obrony Narodowej; Centrum Doktryn i Szkolenia Sił Zbrojnych, 2015.

OPRACOWANIA

- Epstein, Aaron, Robert Lim, Jay Johannigman i in. „Putting Medical Boots on the Ground: Lessons from the War in Ukraine and Applications for Future Conflict with Near-Peer Adversaries”. *Journal of the American College of Surgeons* 237, nr 2 (2023): 364–373. <http://doi.org/10.1097/xcs.0000000000000707>.
- Gielera, Grzegorz Gerard i Piotr Murawski. „Model dynamicznego planowania zabezpieczenia medycznego wojsk walczących: Nowe spojrzenie na wymagania i zdolności komponentu medycznego”. *Lekarz Wojskowy* 102, nr 1 (2024): 56–67. <https://doi.org/10.53301/lw/177410>.
- Gorela, Małgorzata. „Specyfika ratownictwa taktycznego w działaniach bojowych”. *Biuletyn Wojskowej Akademii Technicznej* 72, nr 1 (2023): 101–113. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.2900>.
- Jóźwiak, Arkadiusz, Sebastian Siekierski, Artur Kołosowski, Krzysztof Grzelak i Adam Juszczyk. „Organizacja i funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego”. *Gospodarka Materialowa i Logistyka*, nr 5 (2016): 299–311.
- Makowiec, Paweł i Marek Mroszczyk. *Vademecum działań taktycznych lekkiej piechoty*. Difin, 2019.
- Milewski, Radosław i Grzegorz Stankiewicz. „Ewakuacja medyczna – MEDEVAC”. *Zeszyty Naukowe WSOWL* 149, nr 3 (2008): 19–31.
- Pawlisiak, Mieczysław. „Logistyka w Wojskach Obrony Terytorialnej”. *Zeszyty Naukowe Akademii Sztuki Wojennej* 106, nr 1 (2017): 53–65.
- Podlasin, Anita. *Taktyczne ratownictwo medyczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015.
- Skalski, Marek, Marcin Klepczarek, Jacek Grębowski i Mirosław Soszyński. „Zmiany adaptacyjne w systemie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych w zależności od sytuacji operacyjnej na przykładzie działania wojskowej służby zdrowia w Ukrainie”. *Lekarz Wojskowy* 103, nr 2 (2025): 93–98. <https://doi.org/10.53301/lw/193421>.
- Wypyszewska, Joanna, Zbigniew Kopański, Irena Brukwicka, Grzegorz Sianos i B. Pietrzak. „Charakterystyka postępowania ratownika medycznego i ratownika taktycznego z chorym, który doznał urazu”. *Journal of Clinical Healthcare*, nr 2 (2016): 1–5.

NETOGRAFIA

- Buszko, Marcin. *System zabezpieczenia medycznego wojsk – studium wybranych problemów*. Fundacja Bezpieczeństwa i Rozwoju Stratpoints, 2018. Dostęp 21 maja 2026. https://stratpoints.eu/wp-content/uploads/2025/05/SYSTEM_ZABEZPIECZENIA_MEDYC_ZNEGO_FINAL2.pdf.
- Gielera, Grzegorz. „Nowa architektura bezpieczeństwa medycznego państwa [OPINIA]”. *Defence24*, 8 marca 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://defence24.pl/polityka-obronna/nowa-architektura-bezpieczenstwa-medycznego-panstwa>.
- Gielera, Grzegorz. „Ochrona zdrowia w czasie konfliktu i wojny – „Zdrowy pomysł””. *Termedia*, 13 października 2022. Dostęp 20 maja 2026. <https://www.termedia.pl/mz/Ochrona-zdrowia-w-czasie-konfliktu-i-wojny-Zdrowy-pomysl,48239.html>.
- Gielera, Grzegorz. „Sojusz dla zdrowia: Integracja cywilno-wojskowa i medycyna taktyczna filarami odporności państwa”. *Defence24*, 29 kwietnia 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://defence24.pl/sily-zbrojne/sojusz-dla-zdrowia-integracja-cywilno-wojskowa-i-medycyna-taktyczna-filarami-odpornosci-panstwa>.
- Kurski, Ksawery. „Polscy medycy na froncie w Ukrainie: „Medycy są dla Rosjan świetnymi celami””. *Polityka Zdrowotna*, 4 października 2023. Dostęp 20 maja 2026. <https://politykazdrowotna.com/artykul/medycy-z-frontu-n1184034>.
- „Lekarze w mundurach: Co naprawdę stoi za kryzysem i jak go przezwyciężyć?”. 22 kwietnia 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://defence24.pl/polityka-obronna/lekarze-w-mundurach-co-naprawde-stoi-za-kryzysem-i-jak-go-przezwydzyc-analiza>.
- Nasiadek, Damian. „Statystyki wypadków drogowych w Polsce i w Europie”. *Ciekawe Statystyki*, 8 kwietnia 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://www.ciekawestatystyki.pl/wypadki-drogowe-w-polsce-i-w-europie/>.
- „The Mod Has Put Into Operation the First Underground Stabilization Point for the Armed Forces of Ukraine”. *Ministry of Defence of Ukraine*, 2 września 2024. Dostęp 20 maja 2026. <https://mod.gov.ua/en/news/the-mod-has-put-into-operation-the-first-underground-stabilization-point-for-the-armed-forces-of-ukraine>.
- Wittenberg, Anna i Rafał Lesiecki. „Jak zadziała ochrona zdrowia, jeśli wybuchnie wojna? Tomczyk: fikcja, w której żyje wiele osób”. *WNP*, 6 listopada 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://www.wnp.pl/bezpieczenstwo/jak-zadziala-ochrona-zdrowia-jesli-wybuchnie-wojna-tomczyk-fikcja-w-ktorej-zyje-wiele-osob,1001285.html>.
- „Wzmacniamy Wojsko Polskie – powstaje Dowództwo Wojsk Medycznych”. *Serwis Rzeczypospolitej Polskiej*, 15 września 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/wzmacniamy-wojsko-polskie-powstaje-dowodztwo-wojsk-medycznych>.
- „Zelenski ujawnia, ilu żołnierzy straciła w wojnie Ukraina”, 5 lutego 2025. Dostęp 20 maja 2026. <https://tvn24.pl/swiat/wojna-w-ukrainie-wolodymyr-zelenski-ujawnia-ilu-zolnierzy-stracila-ukraina-najwazniejsze-informacje-st8292408>.
- Zielonka, Mateusz. „Gotowość do działania w ciągu 12 godzin: WOT w walce z koronawirusem”. *Defence24*, 19 marca 2020. Dostęp 21 maja 2026. <https://defence24.pl/sily-zbrojne/gotowosc-do-dzialania-w-ciagu-12-godzin-wot-w-walce-z-koronawirusem>.